FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FLORE BUCCO-PHARYNGÉE A LA NAISSANCE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Marseille

le 6 Juin 1966

par

PIOCH Charlotte

née le 20 Décembre 1936 à Marseille

Pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse :

M. le Professeur CHOSSON, *Président*

MM. les Professeurs BRAHIC J.
ORSINI A.
TAMALET J.
RUF H.
Asssesseurs

IMPRIMERIE GÉNÉRALE DE PROVENCE
16, RUE DES CONVALESCENTS - MARSEILLE

1966

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FLORE BUCCO-PHARYNGÉE A LA NAISSANCE

Travail effectué

à la Clinique obstétricale et gynécologique de Marseille

PROFESSEUR J. CHOSSON

Travail bactériologique effectué dans les laboratoires de :

MESSIEURS LES PROFESSEURS J. BRAHIC
J. CHOSSON
A. ORSINI
J. TAMALET

de la Faculté de MARSEILLE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FLORE BUCCO-PHARYNGÉE A LA NAISSANCE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculte Mixte de Médecine et de Pharmacie de Marseille

le 6 Juin 1966

par

PIOCH Charlotte

née le 20 Décembre 1936 à Marseille

Pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse :

M. le Professeur CHOSSON, *Président*

MM. les Professeurs BRAHIC J.
ORSINI A.
TAMALET J.
RUF H.
Asssesseurs

IMPRIMERIE GÉNÉRALE DE PROVENCE
16, RUE DES CONVALESCENTS - MARSEILLE

1966

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545823_0057

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : G. MORIN. *Assesseurs :* L. VIGNOLI et J. LAMY.

Attaché principal, Chef des Services administratifs : P. MOUCHET.

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs honoraires

MM. MONGES, ROCHE, CHAUVIN, MATTEI, de VERNEJOUL, GIRAUD, MERCIER.

Professeurs titulaires de Chaires

	MM. :
Anatomie	GRISOLI
Anatomie appliquée et Chirurgie expérimentale	HENRY
Anatomie pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Biochimie médicale	LISSITZKY
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie	DUMAZERT
Chimie analytique et Hydrologie	PASTOR
Chimie biologique	DERRIEN
Chimie minérale	MOURGUE
Clinique chirurgicale	CARCASSONNE
Clinique chirurgicale	LAMY
Clinique chirurgicale	LENA
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	SALMON
Clinique de Chirurgie thoracique	DOR
Clinique dermatologique	HADIDA
Clinique d'Endocrinologie	VAGUE
Clinique exotique	BLANC
Clinique médicale	N...
Clinique médicale	AUDIER
Clinique médicale thérapeutique	OLMER
Clinique des Maladies infectieuses	RAYBAUD
Clinique des Maladies des Voies digestives et de la Nutrition	MONGES H.
Clinique de Neurologie et Psychiatrie	BOUDOURESQUES
Clinique médicale infantile	BERNARD R.
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique obstétricale et gynécologique	CHOSSON
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique oto-rhino-laryngologique	APPAIX
Clinique psychiatrique	SUTTER
Clinique pneumo-phtisiologique	CHARPIN
Clinique rhumatologique	RECORDIER
Clinique stomatologique	N...
Clinique urologique	DUCASSOU
Electroradiologie	LEGRE
Histologie et Embryologie	PICARD
Histologie et Embryologie	STAHL
Hygiène et Médecine sociale	SAUTET
Matière médicale	N...
Médecine expérimentale	DONNET
Médecine légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	GRANJON
Pathologie interne	MOUREN
Pharmacie chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie galénique	BERNARD P.

Pharmacologie pharmaceutique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physiopathologie des Voies respiratoires	LAVAL
Physique	DUBOULOZ
Physique médicale	ROUX
Thérapeutique	PIERI
Zoologie et Microbiologie	GREBUS

Professeurs titulaires à titre personnel

MM.	BOURGEON René ..	Chirurgie.
	FARNARIER	Ophtalmologie.
	HOUEL	Chirurgie thoracique et Chirurgie du Cœur.
	IMBERT	Chirurgie générale.
	JAHIER	Obstétrique et Gynécologie.
	LAFFARGUE	Anatomie pathologique.
	MERCIER J.	Pharmacodynamie et Biologie humaine.
	ORSINI	Pédiatrie.
	PAYAN	Anatomie pathologique.
	SERAFINO	Chirurgie.
	TAMALET	Microbiologie.
	TISSIE	Oto-rhino-laryngologie.
	VIALA	Toxicologie.

Professeurs sans Chaire

MM. DEPIEDS, DESANTI, CRISTAU, GEVAUDAN, CORRIOL.

Maîtres de Conférences agrégés

MM.	ARDISSON	MM. FOURNIER	MM. CARCASSONNE M.
	ARNOUX A.	JULLIEN	CLAUSTRE
	BARET	GASCARD	Mme JOUVE
	COURBIER	NICOLI	MM. BUISSON
	GHIGLIONE	ROLLAND	DALMAS
	GAYTE-SORBIER	SEITE	BATTESTI
	MURATORE	TOGA	LOUCHET
	RICHELME	PLASSE	SALAMON
	VITRY	CHEVROT	CREVAT
	ZWIRN	TARANGER	LANZA Maurice
	REYNAUD	ISEMEIN	LALLEMAND
	BERNARD P.-M.	TATOSSIAN	MONGIN
	DUMON		

Agrégés en exercice

MM.	BERARD	MM. TEMIME	MM. JEAN
	COMITI	TRIFAUD	LACHARD
	GERARD	BREMOND	MICHOTEY
	GARES	CARCASSONNE Y.	BRICOT
	REBOUD	CASANOVA	MONGES A.
	SARLES	COIGNET	RUF
	SIMONIN		

Chargé des fonctions d'agrégé

M. R. SEDAN

Agrégés libres

MM.	BERTHIER	MM. OURGAUD	MM. PAOLI
	BOURRET	DEVIN	SERMENT
	FIGARELLA	CHAUVIN	GAMBARELLI
	OLLIVIER		

JE DEDIE CETTE THESE A

MES PARENTS

MA SŒUR

MES GRANDS-PARENTS

TOUS LES MIENS

MON ONCLE, le Docteur Charles BRAHIC (Pneumo-Phtisiologue)

pour les conseils éclairés que j'ai trouvés auprès de lui.

Avec toute mon affection.

MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN CHOSSON

Professeur de la Clinique Obstétricale et Gynécologique

Chevalier de la Légion d'honneur

Après nous avoir accueilli avec bienveillance dans votre service et prodigué votre enseignement, vous nous avez fait l'honneur de vouloir bien accepter la présidence de cette thèse.

Nous vous prions d'agréer l'hommage de notre vive gratitude et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur J. BRAHIC

Nous le remercions vivement d'avoir accepté de juger ce travail et faire partie de notre jury. Nous lui exprimons toute notre gratitude pour les conseils qu'il nous a prodigués.

A Monsieur le Professeur A. ORSINI

Nous tenons à lui assurer notre respectueuse reconnaissance pour les travaux effectués dans son laboratoire et votre enseignement reçu à la clinique médicale infantile et pour votre présence dans notre jury.

A Monsieur le Professeur Agrege J. TAMALET

Pour la grande sollicitude que vous avez eue envers nous.

Trouvez ici l'expression de notre reconnaissance pour ces travaux que vous avez guidés et pour l'honneur que vous nous faites de participer à notre jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Agrege H. RUF

Nous tenons à vous exprimer notre sincère reconnaissance pour la bienveillance que vous nous témoignez. Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury.

A Monsieur le Professeur Agrege H. SERMENT

Nous tenons à lui exprimer notre sincère reconnaissance pour les marques d'estime et de sympathie qu'il nous a si souvent portées.

A Madame GIRAULT-MICHELIER

Qui nous a donné plusieurs éléments pour cette thèse.

En témoignage de notre reconnaissance pour la sollicitude dont elle nous a entouré.

A Mademoiselle BOYER

Qui nous a témoigné une amabilité et une bienveillance constantes.

Avec notre reconnaissance et toute notre amitié.

A Mademoiselle AGOSTINI

Pour sa gentillesse.
Avec notre reconnaissance et notre amitié.

Aux Sages-Femmes de la Clinique Obstétricale et Gynécologique

Aux Personnels des Laboratoires

de Messieurs les Professeurs :

J. BRAHIC, J. CHOSSON, A. ORSINI et J. TAMALET.

RAPPEL HISTORIQUE
DES PRINCIPALES PUBLICATIONS

Lorsqu'on étudie le problème des germes trouvés dans la cavité buccale du nouveau-né, on constate que, selon les auteurs, leur origine est soit maternelle, soit hospitalière.

Pour les uns, la contamination serait endogène et faite *in utéro*, pour les autres elle serait d'apport exogène et acquise par l'enfant durant son séjour hospitalier.

L'INFECTION EXOGENE

Torbey et Resse en 1945 admettent le caractère acquis de la flore bactérienne de la gorge. Ils excluent une origine maternelle.

Bertoye et Monnet ont relaté l'extension et l'importance de l'infection staphylococcique dans les services hospitaliers.

Gould et Allan pensent que les porteurs de germes sont un des facteurs déterminants des infections hospitalières.

Gerbeaux voit dans les mains et l'air les deux grandes sources de l'infection.

Cuta Muhl observe la recrudescence des infections néonatales dans les maternités de Malma, due à la contamination du milieu obstétrical.

Les travaux de Canaz montrent que dans les salles de travail la contamination aérienne est très intense, contrairement aux salles d'emmaillotement et de biberonnerie, où la densité microbienne est moindre.

Bertoye P., Monnet et Bertoye A. incriminent la pollution de l'air et l'insuffisance d'éducation du personnel hospitalier. Ils concluent au schéma d'infestation circulaire suivant : les germes contenus dans l'air contaminent le rhino-pharynx du nouveau-né, passent dans les selles, souillent les langes puis l'air au moment des changes des enfants. Le point de départ est pour eux exogène ; or les cultures d'air que nous avons pratiquées dans les salles de travail montrent très peu de germes. Les boîtes de Petri, placées devant le personnel qui dirige l'accouchement recueillirent les gouttes de pflüge susceptibles de contenir les germes On trouva du staphylocoque non pathogène, du streptocoque non pathogène, du *Corynebacterium Hoffmanni.*

Gerbeaux Cl. voit deux sources : les germes transmis par les mains et ceux véhiculés dans l'air.

Tous ces auteurs orientent leurs recherches prophylactiques dans deux directions essentielles : suppression de la contamination d'origine rhino-pharyngée et procédés efficaces de dépoussierage (travaux de Fauer).

Tuenburry constate dans une maternité d'Ecosse une épidémie de staphylococcie chez les mères des nouveaux-nés attribuée à une souche de staphylocoques dorés.

Minkowsky analyse les méthodes prophylactiques récentes en les classant d'après le mode de transmission auxquelles elles s'attaquent.

La contamination par les germes rhino-pharyngés du personnel ne possède aucun moyen efficace de prévention (masques, gants).

La désinfection maternelle est plus facile.

Quant aux mesures concernant les nouveau-nés eux-mêmes, les soins locaux externes sont d'une importance extrême, car les petites infections sans gravité entraînent l'application stricte des mesures d'isolement.

Pillet et Mercier ont fait des prélèvements systématiques chez le personnel hospitalier et ont fait apparaître le rhino-pharynx comme « un véritable réservoir de virus staphylococciques ».

Torrey et Resse en 1945 concluent que la flore bactérienne du nez et de la gorge du nouveau-né est acquise après la naissance. Ils prétendent en effet n'avoir jamais trouvé de staphylocoques dans les prélèvements effectués chez 200 femmes dont les enfants étaient porteurs.

ORIGINE MATERNELLE DE L'INFECTION

Duneau et Walker, après examen de cultures positives à staphylocoques suggèrent l'idée d'une contamination possible d'origine maternelle.

Ribadeau-Dumas envisage l'infection du nouveau-né comme d'origine maternelle, obstétricale directe, et précise l'intérêt de procéder à des contrôles bactériologiques des salles pour déceler les souillures de l'atmosphère.

Kwerland dès 1930 constate chez 30 nouveaux-nés, bien que l'atmosphère des salles de travail soit exempte de staphylocoque, 3 % de porteurs de staphylocoques pathogènes dans les premières heures de la vie.

Plus récemment, Smith et Bloomfield ont observé que les germes issus d'une éventuelle contamination génitale ne sont pas retrouvés au-delà de quelques heures dans la gorge du nouveau-né.

Muller (1956), Rossier (1957), admettent qu'une infection se manifestant dans les tout premiers jours peut être rattachée soit à une contamination anténatale (passage transplacentaire d'une infection maternelle ou aspiration de liquide amniotique infecté), soit à une contamination néonatale, c'est-à-dire concomitante de la naissance elle-même, au passage dans les voies génitales maternelles.

Larroche et Minkowski, dans leurs travaux sur les bronchopneumopathies dues au *Candida Albicans* chez des prématurés décédés peu de temps après la naissance, alors que l'on peut exclure d'une façon à peu près certaine une contagion d'origine hospitalière, pensent qu'une fois sur deux environ, l'infection débute *in utero*.

TRANSMISSION

Précisons que l'on a effectué des tentatives répétées de recherche de germes en plaçant dans les salles d'accouchement des boîtes de PETRI contenant du milieu de CHAPMANN, de la gélose au sang et de la gélose nutritive pour recueillir les germes de l'air et les gouttes de pflüge du personnel hospitalier. Les résultats furent peu démonstratifs. Cependant on est frappé par le fait que nous retrouvons des germes dans le pharynx de l'enfant analogues à ceux trouvés dans les voies génitales et urinaires de la mère.

Si nous considérons les germes au premier cri, l'infection néo-natale paraît avoir une origine maternelle.

Pendant le travail deux ordres de faits sont connus, ceux ayant trait :

— à l'infection vaginale et ceux concernant

— L'infection amniotique.

TRANSMISSION DES GERMES PAR LES VOIES GENITALES MATERNELLES

(Col et vagin) à l'enfant pendant le travail au cours de la traversée de la filière pelvienne, elle était pratiquement inconnue jusqu'à ces dernières années.

MARCHAND H. a fait des prélèvements vaginaux chez la mère en début de travail et des prélèvements naso-bucco-pharyngés dès la naissance chez l'enfant. Après identification des germes, on a pu arriver à ces conclusions :

« Aucun enfant issu de mère indemne de mycose vaginale ne présente de *Candida Albicans* au niveau de la cavité buccale ou des fosses nasales aussitôt après la naissance. »

Les nouveaux-nés porteurs à la naissance de *Candida Albicans* au niveau de la cavité buccale et des fosses nasales sont issus de mères porteuses du même germe.

83 % des femmes atteintes de moniliase vaginale infectent le nouveau-né au cours du travail.

Chez les enfants nés par césarienne d'une mère porteuse de mycose vaginale , il n'y a pas de *Candida Albicans* retrouvé dans la cavité buccale de l'enfant.

Dans 70 % des cas une identité de germes se retrouve chez la mère et l'enfant infecté. La contamination vaginale ne s'arrête pas au staphylocoque mais comprend d'autres germes tels que l'*Escherichia Coli, Klebsiella* et *Proteus.*

L'INFECTION AMNIOTIQUE

On sait aussi que l'infection amniotique grévait jadis lourdement le pronostic fœtal des accouchements prolongés.

L'infection vient au-devant du fœtus en remontant du vagin vers le liquide amniotique où l'alcalinité favorise encore la multiplication microbienne ; elle se développe le plus souvent les membranes étant rompues.

Resacher a recherché la cause de l'infection de l'œuf fermé et l'a attribuée aux modifications que subissent les membranes, au niveau de la poche des eaux, tendance à la disparition de la caduque, ou même à la rupture de l'epithelium amniotique sous l'influence des contractions plus la disparition du bouchon muqueux.

L'inoculation du fœtus peut alors se faire par voie aérienne *in utero* lors des inspirations prématurées au cours d'une période de souffrance fœtale.

L'aspiration de liquide amniotique est d'ailleurs démontrée par l'existence de cellules cornées à l'examen histologique des poumons dans la plupart des observations.

L'existence de pneumonie fœtale avec mort rapide du nouveau-né fournit aussi une preuve de l'inoculation du fœtus à partir du liquide amniotique infecté.

Kaplan avait soulevé cette hypothèse dans certaine tuberculose congénitale appelée par Lelong « Miliaire pulmonaire du nouveau-né » ; à l'origine de cette forme serait une endométrite tuberculeuse latente, l'infection se ferait par inhalation de liquide amniotique infecté.

Au cours de la période d'expulsion, le fœtus peut inhaler ou déglutir des sécrétions vaginales infectées lors de son passage dans la filière génitale.

L'infection du fœtus dépendra de la durée du travail, en particulier de la période d'expulsion, de la résistance du fœtus (par rapport à son terme) de son degré de souffrance, de la virulence du germe.

Engstrom L. et Ivemark B. remarquaient que lorsque les membranes étaient rompues depuis plus de 24 h, ils trouvaient dans 38 % des cas des lésions inflammatoires du cordon et du placenta.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES

Elles ont été effectuées dans les laboratoires de messieurs les Professeurs J. Brahic, J. Chosson, A. Orsini et J. Tamalet, de la Faculté de Médecine de Marseille.

Les prélèvements ont été effectués à l'aide d'écouvillons stériles au premier cri de l'enfant avant la désobstruction par l'accoucheur. Nous avons ensemencé immédiatement :

— Un tube de bouillon glucosé tamponné ;

— Une boîte de Petri contenant de la gélose au sang.

Pour chacun des germes trouvés nous avons effectué les réactions suivantes pour permettre leur identification à partir du bouillon ou de la gélose.

Staphylocoques

Cocci gram + sur gélose nutritive : colonies rondes, régulières de 1 mm de diamètre, opaques, pigmentées (blanches, dorées ou citrin) se développant en 24 heures à 37°. Les germes étant réensemencés sur milieu de Chapman, un virage du milieu au Mannitol indique un Staphylocoque pathogène, ainsi que la présence d'une staphylocoagulase positive + en quelques heures et d'une hémolysine.

Streptocoques

Coques gram + en chaînettes de diamètre de 0,6 à 1 μ (se trouvant dans 90 % des affections rhinopharyngées). Les colonies apparaissent 18 à 24 h après, leur diamètre est de l'ordre de 1 mm. Elles sont transparentes.

Nous savons que les travaux de Miss LANCEFIELD montrèrent différents groupes de streptocoques A, B, C, D, E, F, etc., par la réalisation d'un extrait chlorhydrique à chaud des germes précipitant avec des sérums préparés à l'aide de corps microbiens tués, totaux des germes correspondants.

Le *groupe D* qui nous intéresse est constitué par les Enterocoques. Ce sont des hôtes habituels du gros intestin de l'homme, une variété prédomine : le Streptocoque *Faecalis*. Il attaque le Mannitol et l'Esculine, le lactose. Ce sont des streptocoques non hémolytiques.

Corynebacterium

Les corynebactéries sont des bacilles en bâtonnets non ramifiés, rectilignes ou incurvés de longueur variable — réalisant des images en massue ou, parfois en navette et très souvent groupés en petits amas.

Nous n'avons jamais isolé de bacille diphtérique (*Corynebacterium diphteriae*). La seule espèce de Corynebactérie pseudodiphtérique et non pathogène que nous avons trouvée est *Corynebacterium Hoffmanni*.

L'ensemencement se fera sur milieu de LOEFFLER placé à l'étuve à 37° et 16 à 18 h après on recherche les corynebactéries. Les corynebactéries *Hoffmanni* sont des bâtonnets gram positif de 2 μ de longueur. Fréquents dans la gorge, courts, trapus, en navette, à extrémités arrondies ou un peu effilées, gardent intensément la coloration du gram (non décolorés après l'action de l'alcool absolu, environ 5 mm).

Il n'y a pas de corpuscules metachromatiques ou jamais plus d'un par bacille, ils sont colorés uniformément par le bleu de Méthylène.

Enterobacteriaceae

Ce sont des bacilles gram négatif. Nous verrons successivement :

— *Escherichia Coli,* appartenant à la tribu des *Escherichеae* ;

— *Klebsiella Pneumoniae,* appartenant à la tribu des *Klebsielleae* ;

— *Proteus,* appartenant à la tribu des *Proteae*.

Escherichia Coli

Dans les matières fécales, dans les urines, il se présente sous la forme d'un bâtonnet ovalaire et parfois allongé de 2 à 4 μ de long et de 0,4 à 0,6 μ de large.

Habituellement isolé, ce microbe est mobile. Il ne prend pas le gram. Il pousse sur les milieux ordinaires en moins de 24 h. Il est à la fois aérobie, anaérobie et peu exigeant quant aux conditions thermiques : de 5° à 46°.

Sur gélose : Colonies arrondies blanc grisâtre de 1 mm de diamètre légèrement saillantes.

Le bouillon se trouble au bout de 3 à 4 h et par agitation il présente des ondes moirées par transparence. En 48 h il se forme un dépôt au fond du tube et une pellicule très légère à la surface qui se désagrège en laissant une petite collerette sur le verre.

Il fermente le glucose et le lactose en donnant de petites colonies rouges — sur le milieu S.S. —.

Il ne donne pas d'hydrogène sulfuré (SH2).

Il produit l'indol en eau peptonée. Il vire le rouge neutre.

Klebsiella Pneumoniae

Est un germe gram négatif immobile se développant sur tous les milieux.

Il fermente le glucose et le lactose.

Il ne donne pas d'indol, ne réduit pas le rouge neutre et ne produit pas d'H2S.

Proteus

Ce sont des bâtonnets gram négatif, mobiles fermentant avec production de gaz le glucose, mais pas le lactose.

Le *Proteus* est susceptible de grandes variations de formes, généralement de bâtonnets de 1 à 3 µ de longueur sur 0,5 à 0,8 µ. Dans les cultures il présente parfois de longs filaments pouvant atteindre 30 µ de long sur 0,5 µ de large. Il pousse en anaérobie et aérobiose. Sur gélose nutritive inclinée il forme des colonies arrondies, transparentes jaunâtres vers le centre. Il hydrolyse fortement l'urée.

L'identification d'une entérobactérie est fondée sur l'aspect morphologique des germes et les tests biochimiques et quand cela est possible, sur l'agglutination des germes par les antisérums.

L'étude biochimique d'une entérobactérie comporte les étapes suivantes :

Le premier ensemencement sur la gelose, lactose, glucose SH2 (Hajna, Roland, Kliger) coloré par le rouge de phénol. Après 24 h d'incubation à 37° on peut apprécier la fermentation du glucose, du lactose, la production d'H2S et de gaz. Le milieu donne donc 4 réponses en 24 h.

1) Le culot reste inchangé : le glucose n'est pas fermenté. Il vire au jaune dans le cas contraire.

2) S'il y a production de gaz on peut avoir quelques bulles ou une poche gazeuse qui décolle complètement le milieu du fond du tube.

3) La pente reste inchangée. Le lactose n'est pas fermenté. Elle vire au jaune dans le cas contraire.

4) La production d'SH2 se traduit par un noircissement du milieu dans la zone joignant le culot à la pente.

Deuxieme ensemencement du milieu uree indol. — On ensemence le milieu à l'urée à partir d'une culture sur milieu gélosé, et on le met à l'étuve à 37°. Si le germe a une uréase le milieu devient alcalin par formation de carbonate d'ammonium et vire au rouge violacé en 2 à 4 h pour le *Proteus* et 12 à 18 h pour la *Klebsiella.*

Pour la recherche de l'indol : réaction d'Erlich Kovacs. On emploie une culture de 24 h du germe en eau peptonée ou en milieu : urée, indol. Après addition du réactif de Kovacs on voit se former une coloration rouge intense à la partie supérieure du milieu. Cette réaction est très sensible et apparaît même avec de faibles traces d'indol.

Troisieme ensemencement du milieu de Simmons (au citrate de sodium). — *Principe :* Dans ce milieu synthétique la source d'azote est constituée par le phosphate d'ammonium et la source de carbone par le citrate de sodium. Seuls les germes capables d'utiliser le citrate de sodium comme unique source carbonée se cultiveront sur ce milieu avec alcalinisation pour la majorité d'entre eux. L'ensemencement sera fait en surface par une strie longitudinale et le milieu sera porté à l'étuve à 37 ° pendant 24 heures.

Lecture et resultats. — Les germes citrate positif bleuissent le milieu :

Parmi les germes qui nous intéressent :

— *Klebsiella,*

— *Proteus rettgeri.*

Les germes citrate négatif :

— *Escherichia Coli,*

— *Proteus Mirabilis.*

Quatrieme ensemencement du milieu Mannitol Mobilite. — On ensemence le milieu au moyen d'un fil de platine chargé de la semence en piqûre centrale. On le place à l'étuve à 37° pendant 24 heures.

— Les bacilles mobiles diffusent à partir de la ligne d'ensemencement en créant un trouble du milieu. Les bacilles immobiles cultivent uniquement le long de la strie d'ensemencement.

— Si le Mannitol est fermenté le milieu coloré par le rouge Phénol vire au jaune, sinon il garde sa couleur initiale.

Le cinquieme ensemencement comprendra le millieu de Moller ou KCN. — On ensemence avec une anse portant la culture le milieu et l'on observe un trouble ou non de la solution.

L'*Escherichia Coli* est KCN négatif.

Le *Klebsiella,* le *Proteus* sont KCN positif.

Le sixieme ensemencement permettra la recherche de la Tryptophane-Desaminase. — Les *proteus* peuvent grâce à une desaminase, transformer contrairement aux autres entérobactéries le tryptophane en acide indolacétique.

La réaction est mise en évidence après 2 heures à l'étuve à 37°.

Cette recherche s'effectue sur milieu urée-indol.

On prélève 4 gouttes du milieu ensemencé et on ajoute 1 goutte de perchlorure de fer officinal dilué au 1/3 dans l'eau distillée. La réaction est immédiate. Il se produit une coloration brun-rouge si le milieu ren-

ferme de l'acide indolacétique. La réaction est négative si la coloration est jaune.

D'après le tableau suivant nous identifierons les germes :

	Glucose	Lactose	SH2	Urée	Indol.	Citrate	Mannitol	Mobilité	KCN	DAG
E. Coli	+	+	—	—	+	—	+	±	—	+
Klebsiella	+	+	—	+	—	+	+	—	+	—
Proteus Mirabilis	+	—	+	+	—	±	—	+	+	+
Rettgeri	+	—	—	+	+	+	+	+	+	+

DAG : Décarboxylase - Acide glutamique.

Bacillus Anthracoïdes - Bacillus Subtilis

Bacilles gram positif, mobiles, saprophytes, très répandus dans la nature. Ils appartiennent au genre *Bacillus*.

BACILLUS CERAUS ou ANTRACOÏDES

Gram positif qui a tendance à former des chaînettes dans les cultures. Il trouble fortement le bouillon.

BACILLUS SUBTILIS

Est plus grêle que le Bacille anthracis. Sa largeur est inférieure à 0,9 µ. Il est généralement mobile. Le cytoplasme ne contient pas de vacuoles lipidiques visibles sans coloration spéciale, il est gram positif.

— Dans le bouillon, il forme un voile gaufré, épais, éversé sur la paroi du tube, ou un trouble dense ;

— Sur la gélose il forme des colonies rondes, à surface ridée sèche, adhérente au milieu, de teinte légèrement rosée.

Neisseria catarrhalis

Cette *Neisseria* du rhino-pharynx est en général dépourvue de pouvoir pathogène. Elle est isolée sur les muqueuses du rhino-pharynx, des bronches et plus rarement sur les muqueuses vaginales. Le pouvoir pathogène n'est qu'accidentel.

C'est un germe aérobie strict ou aérobie anaérobie facultatif formant en 24 h sur la gélose nutritive des colonies blanches.

Candida Albicans

Appelée autrefois *Monilia* ou *Oïdium* cette levure est un saprophyte de la peau et des muqueuses. Contamination du nouveau-né par la mère au moment du passage vaginal et surtout dans la période néo-natale. L'examen est effectué à l'état frais entre lames et lamelles. Les levures sont ovales ou rondes (de 2 à 4 μ), bourgeonnantes à parois minces, accompagnées ou non de filaments mycéliens. Les cultures placées à 25 ou 30° sur gélose glucosée de SABOURAUD additionnées d'antibiotiques placées à 25 ou 30 ° permet l'isolement rapide en 24 à 48 h de colonies blanches levuriformes. Pour l'identifier on le repique sur milieu PCB (pomme de terre, carotte, bile) qui permet d'observer la filamentation ainsi que les blastospores.

24 à 48 h après on prélève un fragment de culture que l'on écrase entre lame et lamelle. Au microscope on voit des spores terminales, latérales, rondes à paroi épaisse, distinctes des levures bourgeonnantes (blastospores).

OBSERVATIONS PERSONNELLES

(*Clinique Obstétricale et Gynécologique de Marseille*)

PROFESSEUR J. CHOSSON

OBSERVATION N° 1

La mère : Madame KOU..., primipare, a présenté une grossesse d'évolution normale avec quelques nausées, des vomissements, une leucorrhée banale.

Rupture de la poche des eaux le 4 février 1965 à 7 h. 45 et accouchement spontané à 10 h. 25.

Les suites de couches furent fébriles (38°6 pendant 2 jours). Elle fut traitée par pénicilline (2 millions), colimycine (1 million).

L'enfant : Un garçon de 2.950 g vivant qui a été désobstrué à la naissance. Le cri fut retardé. Le test d'Apgar est 9/10. Le 25 février, apparition d'un léger ictère terminé à sa sortie le 3 mars (3.060 g).

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Streptococcus faecalis.

Naesseria catarrhalis.

OBSERVATION N° 2

La mère : Madame SAINTE-CLA..., secondigeste. En début de grossesse : vomissements importants, pyrosis nécessitant son hospitalisation pendant 10 jours. Au 4e mois, leucorrhée abondante avec prurit.

Rupture de la poche des eaux à 17 heures et accouchement spontané 2 heures plus tard avec une légère déchirure périnéale.

Dans les suites de couches, prélèvement urinaire de l'albumine : 0,25 g et de l'*Escherichia coli* non pathogène. Elle fut traitée par du rufol (5 comprimés), plus chlorure d'ammonium par jour, du 5 au 9 janvier 1965.

Le 4 février, un nouveau prélèvement urinaire : culot assez abondant d'*Escherichia coli.*

Le 6 février : culot urinaire fut peu abondant avec de rares *E. coli.*

L'enfant : Une fille vivante qui a crié immédiatement. Sortant le 10 février avec une évolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Candida albicans.

Observation N° 3

La mère : Madame Rom..., sextigeste, a présenté dans ses antécédents un avortement spontané à 2 mois. On découvrit son état diabétique lors de sa dernière grossesse en 1960 dont l'enfant est mort-né (5.600 g).

Pour cette grossesse, elle a reçu de l'insuline pendant 3 mois puis ne s'est plus soignée. Elle avait de plus une leucorrhée blanche abondante sans prurit. Dans les urines du 1er et du 3e, présence d'*E. coli* et de Coccies +.

Rupture de la poche des eaux le 4 février à 17 heures et accouchement à 18 h. 30.

Suites de couches fébriles (38°9, 39°8). Une analyse d'urine faite le 6 février montra encore des *E. coli.*

L'enfant : Un garçon de 5.650 g qui a été désobstrué et a crié une minute après. Test d'Apgar 8/10. Le 8 février il présenta un ictère avec GR 5.700.000 ; GB 21.400 ; Hb 120 %.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Bacillus subtilis.

Escherichia coli.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 4

La mère : Madame Cas..., secondipare, 26 ans, ayant eu une métrite après son premier accouchement en 1962, et en 1964 fut traitée par une électrocoagulation.

Rupture des membranes depuis 2 à 3 jours, accouchement spontané à 7 mois de gestation le 5 février 1965 à 7 heures.

Suites de couches fébriles. Le 5 février, prélèvement urinaire avec du pus, quelques germes colimorphes. Elle fut traitée par de la pénicilline, de la colimycine (2 millions par jour du 5 au 9 février).

L'enfant : Un garçon de 2.150 g, vivant, qui a crié immédiatement. Le 6 février, pour éviter l'infection due à la rupture depuis 24 heures de la poche des eaux, on le mit à 1/4 de comprimé de Pyostacine toutes les 6 heures. Le 8 février, il présenta des accès de cyanose. Le 10 février, apparition d'un petit bourgeon inflammatoire ombilical. Il reçut de la Lysine et du Foie lyophilisé jusqu'au 19 février.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Bacillus subtilis.

Neisseria catarrhalis.

Streptococcus faecalis.

Observation N° 5

La mère : Madame Ham..., quartipare, grossesse d'évolution normale. Rupture de la poche des eaux à 14 h. 30 le 15 février 1965 et accouchement spontané 15 minutes après.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 3.450 g, vivant, qui a crié immédiatement et a évolué normalement.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Observation N° 6 : CESARIENNE

La mère : Madame Bri..., primigeste, diabétique depuis l'âge de 9 ans, présentant une rétinite (au stade I). La grossesse fut d'évolution normale. La parturiente signale une leucorrhée très abondante. On pratiqua une césarienne préventive, segmentaire le 19 février 1965, à 8 mois.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 3 kg vivant, qui a crié immédiatement. L'évolution ultérieure fut normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Corynebacterium Hoffmanni.

Observation N° 7

La mère : Madame Rom..., primigeste. Avec vomissements le premier trimestre et des leucorrhées importantes.

Rupture de la poche des eaux à 18 heures le 22 février 1965. Accouchement spontané 2 heures plus tard.

L'enfant : Une fille de 3.550 g. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Bacillus subtilis.

Observation N° 8

La mère : Madame Dag..., 9e accouchement, grossesse d'évolution normale, plus une leucorrhée importante à *Candida albicans.*

Rupture de la poche des eaux depuis 24 heures. Accouchement spontané à 0 h. 30 le 28 mars.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 3.150 g qui a crié immédiatement. Le 28 février, apparition d'un léger ictère.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Candida albicans.

Observation N° 9

La mère : Madame Fer..., 5e gestation. Pyrosis depuis le 7e mois.

En entrant en salle de travail, sa tension était à 16,5/9. Rupture de la poche des eaux à 18 heures le 11 juillet 1965 et accouchement spontané à 19 h. 15.

Les suites de couches furent marquées par des brûlures gastriques traitées par du Phosphalugel.

L'enfant : Une fille de 2.500 g qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Streptococcus faecalis.

Observation N° 10

La mère : Madame Mul..., 8e gestation. Grossesse normale.

Rupture de la poche des eaux à 9 h. 10 le 27 juillet 1965.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 3.480 g dont le cri fut retardé et qu'il fallut réanimer et aspirer. Le test d'Apgar : 3. L'enfant mourut le 28. On pratiqua une autopsie dans le service du Professeur Payan. Eviscération thoraco-abdominale N° 1965/84. On préleva 3 viscères pelviens. Les 2 surrénales sont dépourvues d'anomalies histologiques. Le foie est le siège d'une activité érythroblastique tout à fait modérée. Congestion vasculaire au niveau des sinusoïdes et par place au niveau des hépatocytes. Vacuolisation des cytoplasmes pouvant répondre soit à une stéatose, soit à une dégénérescence vacuolaire hydropique.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Neisseria catarrhalis.

Observation N° 11

La mère : Madame Ari..., primigeste. Grossesse normale. Rupture de la poche des eaux le 29 juillet 1965.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 3.350 g, vivant, qui a crié immédiatement. Il présenta une chute de poids 2 jours après sa naissance, puis regrossit.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Bacillus subtilis.

Corynebacterium Hoffmanni.

Neisseria catarrhalis.

Streptococcus faecalis.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 12

La mère : Madame Fer..., primigeste de 20 ans. Grossesse normale. Plus d'importantes leucorrhées. De plus, elle fut traitée pour sérologie positive depuis juillet 1964 à l'hôpital Saint-Lazare à Paris avec Terramycine retard.

Bismuth.

Pénicilline, 1 million par jour en 3 séries de 15 millions.

Cyanure IV, 6 injections.

Rupture de la poche des eaux le 27 juillet 1965. Accouchement spontané à 18 h. 45.

Les suites furent fébriles. Un prélèvement urinaire fait le 27 juillet 1965 ne montra aucun germe.

L'enfant : Un garçon de 3.850 g. Il fut désobstrué à la sonde. Le test d'Apgar : 9. Le 2 août, apparition d'un petit bourgeon ombilical. Le 3, un abcès derrière l'oreille

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Neisseria catarrhalis.

Staphylocoque pathogène.

Observation N° 13

La mère : Madame Ben..., secondigeste de 18 ans. Grossesse normale. Rupture de la poche des eaux le 23 août 1965 à 20 h. 15, accouchement spontané à 20 h. 20 d'un siège décomplété.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 3.500 g, vivant, qui a crié immédiatement. Son poids fut stationnaire pendant 2 jours.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Neisseria catarrhalis.

Escherichia coli.

Observation N° 14

La mère : Madame Ber..., X^e^ gestation. La parturiente présente pour cette grossesse une hypertension à 13/8. Des œdèmes des membres inférieurs. Albumine : 0.

Rupture de la poche des eaux à 11 h. 35 le 28 août 1965. Accouchement spontané à 12 h. 15.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 3.500 g, vivant, qui a crié immédiatement. Son poids fut stationnaire pendant 2 jours après l'accouchement.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Neisseria catarrhalis.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 15

La mère : Madame Maaz..., 3e gestation. La parturiente a présenté un avortement spontané, puis en octobre 1964 elle eut un accouchement prématuré de 6 mois 1/2. Ses 2 premiers accouchements prématurés sont dus à la béance du col.

Pour la grossesse actuelle au premier trimestre, nausées ; douleurs abdominales ; leucorrhées à trichomonas traitées par Flagyl (ovules) ; Ultra-levure ; suppositoires Algobuscopan.

La parturiente est hospitalisée le 27 avril pour douleurs abdominopelviennes ; pour dysurie et pollakiurie. Un prélèvement urinaire le 28 avril : un culot peu abondant, des germes colimorphes.

Le 4 juillet, leucorrhées abondantes. Le prélèvement vaginal montra des filaments mycéliens, de nombreux spores à *Candidas*. Traitée par Rufol (5 comprimés par jour). Rupture de la poche des eaux à 12 heures le 2 septembre, accouchement spontané 2 heures plus tard. Suites de couches fébriles. Le 8 septembre, apparition de crevasses.

L'enfant : Une fille de 3.270 g, vivante, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Candida albicans.

Escherichia coli.

Streptococcus faecalis.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 16

La mère : Madame Ast..., primigeste, ayant présenté dans ses antécédents une primo-infection nécessitant un séjour en maison de repos.

Pour cette grossesse, elle posa un laminaire dans un but abortif. Le 2 septembre 1965, rupture de la poche des eaux à 4 h. 30, accouchement spontané à 12 h. 45 avec une légère éraillure périnéale.

Un prélèvement urinaire fait ce jour montra de rares germes (*Escherichia coli*), du pus. L'éraillure du périnée devient bourgeonnante et nécessite une nitration.

L'enfant : Un garçon de 3.250 g, vivant, qui a crié immédiatement. Le 5 septembre, on découvrit un phimosis. Le 9 septembre : apparition d'une mammite.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Neisseria catarrhalis.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 17

La mère : Madame Rac..., 4e gestation. Pour cette grossesse, la parturiente a présenté des vomissements gravidiques, des céphalées fréquentes et une tension à 15/10. Depuis le 4 septembre 1965, elle présente des pertes rosées franchement sanglantes. Le 5 septembre, elle a rompu sa poche des eaux à 17 h. 15. L'accouchement est spontané à 18 heures.

Suites de couches fébriles. Le 6, une cytobactériologie urinaire montra des germes colimorphes, du pus.

L'enfant : Un garçon de 2.630 g, vivant, qui a crié immédiatement, évolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Escherichia coli.

Observation N° 18

La mère : Madame Bas..., 4e gestation, grossesse normale. Le 8 septembre 1965, rupture de la poche des eaux à 17 h. 55, accouchement spontané à 18 h. 05.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 3.500 g, vivant, qui a crié immédiatement, évolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Bacillus anthracoides.

Observation N° 19

La mère : Madame Cor..., 7e gestation. La parturiente a eu du paludisme à 8 ans, une fièvre typhoïde à 11 ans ; une dysenterie amibienne à 18 ans ; une métrite après le 2e accouchement.

Pour cette grossesse, la parturiente a grossi de 9 kg. Elle a présenté quelques troubles oculaires (amblyopie). De plus, elle présente des œdèmes prétibiaux.

Rupture de la poche des eaux dans la nuit du 8 au 9 septembre, accouchement spontané le 9 à 18 h. 20.

Dans les suites de couches, une cystite soignée par Rufol (2 comprimés) ; douleurs pelviennes et lombaires fébricules à 37°7 le 11 septembre.

L'enfant : Une fille de 3.370 g qui a crié immédiatement. Le 13 septembre, l'enfant a présenté un ictère et sort ce jour.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Staphylocoque non pathogène.

Neisseria catarrhalis.

Observation N° 20

La mère : Madame Yah..., 4e gestation ; en 1963, la jeune femme a perdu son enfant *in utero*, le mécanisme n'étant pas précisé. Au dernier accouchement, on utilisa des spatules de Thierry pour sortir l'enfant.

Rupture de la poche des eaux le 12 septembre à 4 h. 30; à 15 h. 30, accouchement spontané.

Les suites de couches normales.

L'enfant : Une fille de 2.900 g qui fut tr.s encombrée à la naissance et aspirée. Le test d'Apgar : 6 au bout de 1 minute ; de plus, on lui injecta une demi-ampoule d'Heptamil. Evolution ultérieure sans incident.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Staphylocoque non pathogène.

Streptococcus faecalis.

Observation N° 21

La mère : Madame Bor..., 2e gestation.

1re gestation : avortement spontané à 6 mois. Pour la grossesse actuelle, menace d'avortement à 2 mois.

Le 13 septembre, à 9 heures, rupture de la poche des eaux et à 9 h. 40, accouchement spontané, accompagné d'une déchirure médiane atteignant le sphincter anal.

Suites de couches fébriles. Pénicilline 2 millions, streptomycine 1 g pendant 8 jours.

25 septembre : culot urinaire sans germes, quelques GB et cellules vésicales.

L'enfant : Un garçon de 3.230 g, vivant, qui a crié immédiatement. Ictère le 19 septembre. Chute de poids du 20 au 21 de 40 g, puis regrossit.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Neisseria catarrhalis.

Observation N° 22

La mère : Madame Ter..., 3e gestation. A l'âge de 7 ans elle resta 2 mois en Sanatorium. En 1963, accouchement prématuré à 6 mois, puis un avortement à 3 mois. En 1964, opérée de ganglions cervicaux.

Pour la grossesse actuelle, rupture de la poche des eaux le 13 octobre avant 10 heures, accouchement spontané à 11 h. 30, une légère éraillure périnéale.

Suites de couches normales.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Staphylocoque non pathogène.

Neisseria catarrhalis.

Observation N° 23

La mère : Madame Faiz..., 9e gestation, sérologie positive depuis 1960.

Pour la grossesse actuelle, le BW pratiqué le 8 mars montre un Kline ++ ; VDRL ± ; BW +. la malade est traitée à l'Hôtel-Dieu par de la pénicilline, 8 millions ; avec surveillance ultérieure de sa sérologie. Le 14 septembre, rupture de la poche des eaux avant 5 h. 45 et accouchement spontané à 6 h. 30.

Suites de couches normales ; l'anatomie du placenta ne montra aucune trace de spécificité.

L'enfant : Une fille de 2.850 g, vivante, qui a crié immédiatement, évolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 24

La mère : Madame Syl..., primigeste, 23 ans, ayant présenté des leucorrhées abondantes durant cette grossesse.

Le 13 septembre 1965, rupture de la poche des eaux, et accouchement spontané avec une légère éraillure périnéale. Dans les suites de couches : globe utérin douloureux. La température était aux environs de 37°7-37°8. Puis le 23 septembre, apparition de crevasses.

L'enfant : Un garçon de 3.700 g, vivant, qui a crié immédiatement. Il a présenté une chute de poids de 40 g au bout de 8 jours. Puis il eut une infection purulente de l'œil gauche. Et enfin une mammite.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque pathogène.

Streptococcus faecalis.

Observation N° 25

La mère : Madame Kie..., secondigeste traitée depuis le début de sa grossesse pour hypertension et de plus présentant des leucorrhées abondantes.

Actuellement sa tension est à 11/8.

Rupture de la poche des eaux le 15 septembre à 15 h. 45 et accouchement spontané à 16 h. 30.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 3.420 g, vivant, qui a crié immédiatement. Sa courbe de poids oscillante pendant 4 jours.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Bacillus subtilis.

Escherichia coli.

Neisseria catarrhalis.

Streptococcus faecalis.

Observation N° 26

La mère : Madame Ver..., primigeste, 19 ans 1/2. Durant cette grossesse, poussée fébrile de 3 jours. Elle eut des urines purulentes avec des germes colimorphes et une leucorrhée importante.

Le 14 septembre 1965, rupture de la poche des eaux et le 15 septembre accouchement spontané à 18 h. 30.

Dans les suites de couches : un prélèvement urinaire fait 2 jours après l'accouchement montra un culot abondant et épais, du pus, des cocci positives, traitée par de la Pénicycline (6 comprimés par jour) + Ultralevure.

L'enfant : Un garçon de 3.270 g, vivant, qui a crié immédiatement. Le 19, apparition d'un ictère.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Escherichia coli.

Observation N° 27

La mère : Madame Pol..., 9e gestation. Pour la grossesse actuelle, la parturiente a grossi de 33 kg.

Le 16 septembre, rupture de la poche des eaux à 22 heures et accouchement spontané à 23 h. 10.

Dans les suites de couches : œdèmes des membres inférieurs.

L'enfant : Un garçon de 4 kg, vivant, qui a crié immédiatement, évolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 28

La mère : Madame Cib..., secondigeste, 31 ans, pertes de sang rouge vif, puis noirâtre le 15 septembre.

A 22 h. 45, rupture de la poche des eaux et accouchement à 3 h. 45.

Dans les suites de couches, le 16, léger fébricule à 37°6.

L'enfant : Une fille de 3.200 g, vivante, qui a crié immédiatement, évolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 29

La mère : Madame Yko..., 6e gestation, vomissements gravidiques en début de grossesse.

Le 16 septembre, à 6 heures, rupture de la poche des eaux et accouchement spontané à 9 h. 25.

Suites de couches fébriles pendant 2 jours et excoriations vaginales enflammées et rouges.

L'enfant : Un garçon de 3.670 g, vivant, qui a crié immédiatement. L'enfant sort le 20 septembre, la chute du cordon non effectuée, pesant 3.430 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 30

La mère : Madame Pan..., 6e gestation. Malade obèse et hypertendue, avec des leucorrhées avec prurit. Le 5 janvier 1965, métrorragies de sang noirâtre.

Le 17 septembre 1965, rupture de la poche des eaux à 16 heures et à 16 h. 40 accouchement spontané.

Suites de couches fébriles et le 18 culot urinaire : quelques germes (*Escherichia coli*), de rares leucocytes. Elle sort le 23.

L'enfant : Une fille de 3.650 g, vivante, qui a crié immédiatement. Elle sort le 13 sans manifestation clinique.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 31

La mère : Madame Aim..., 5e gestation. Leucorrhées importantes, douleurs pelviennes lombaires, pollakiurie.

Le 19 septembre 1965, rupture de la poche des eaux à 18 h. 45 et accouchement spontané 25 minutes plus tard.

Les suites de couches furent marquées par une pyélonéphrite. Les urines du 22 septembre 1965 étaient purulentes avec quelques GR, des germes Bacilles négatifs et *Klebsiella pneumoniae.* Elle présenta un clocher thermique à 39°3 et 38°4 nécessitant une prise de Rufol (5 comprimés par jour) et 10 comprimés de chlorure d'ammonium.

L'enfant : Un garçon de 3.100 g, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale. Sort le 27, pesant 3.150 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Klebsiella pneumoniae.

Staphylocoque non pathogène.

Streptococcus faecalis.

Observation N° 32

La mère : Madame Con..., 9e gestation. Le 19 septembre 1965, rupture de la poche des eaux à 23 heures et accouchement spontané à 1 h. 05.

Dans les suites de couches, l'accouchée a présenté un important œdème vulvaire. Elle sort le 22.

L'enfant : Un garçon de 3.330 g, vivant, qui a crié immédiatement. Sort le 22, pesant 3.050 g, sans manifestation pathologique.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli 119 B 14.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 33

La mère : Madame Ben..., 4e gestation. Le 21 septembre 1965, à 7 h. 45, rupture de la poche des eaux et 25 minutes plus tard, accouchement spontané.

Dans les suites de couches, le 22 septembre, masse hypogastrique irrégulière, douloureuse, très dure. Elle fut traitée par du Méthergin (10 gouttes 3 fois par jour). Le 23 septembre, Pénicilline (2 millions), Streptomycine (1 g). Le 24 septembre, révision utérine car les lochies restaient abondantes. On continue le traitement antibiotique et on arrête le Méthergin.

L'enfant : Un garçon de 4.300 g, vivant, qui a crié immédiatement, évolution ultérieure normale. Sort le 24, pesant 4 kg.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 34

La mère : Madame Lab..., primigeste, 21 ans, dont la sérologie est positive depuis décembre 1964, traitée depuis lors. Le BW pratiqué le 22 mars 1965 est négatif. En fin de grossesse, pollakiurie, douleurs à la miction, douleurs lombaires bilatérales.

Suites de couches fébriles. Le 28 septembre 1965, le BW pratiqué fut positif. Elle sort le 30 sans température.

L'enfant : Une fille de 3.180 g, vivante, ayant crié immédiatement. La sérologie de l'enfant a montré une réaction de Kline négative.

La réaction de Kolmer positive pour le sérum pur (antigène cardiolysine).

L'enfant est adressé au service antivénérien de l'Hôtel-Dieu. Il présenta en outre quelques pustules dans la région fessière trfaitées par Phisohex.

Observation N° 35

La mère : Madame Mok..., 8e gestation, 4 enfants vivants, 3 avortements, dont 2 suivis de curetage. En 1960, la parturiente a présenté une syncope au cours de sa grossesse et en 1962 un éclat de B2 au foyer aortique.

Pour la grossesse actuelle, auscultation cardiaque normale. Le 20 septembre 1965, rupture de la poche des eaux à 18 h. 15 et accouchement spontané 45 minutes plus tard.

Dans les suites de couches, lochies abondantes.

L'enfant : Un garçon de 3.350 g, vivant, ayant crié immédiatement, évolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Escherichia coli 86 B 7.

Streptococcus faecalis.

OBSERVATION N° 36

La mère : Madame DIA..., 5e gestation ; le 25 septembre 1965, rupture de la poche des eaux et accouchement spontané à 9 heures.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 3.870 g ayant crié immédiatement. Le 1er octobre, apparition d'une mammite, le 2 il reçoit une ampoule de Sterogyl 15 A et sort, pesant 3.850 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Streptococcus faecalis.

Sarcina.

OBSERVATION N° 37

La mère : Madame ROL..., 2e gestation, 21 ans. Le 25 septembre 1965, à 8 h. 45. rupture de la poche des eaux et à 9 h. 25, accouchement spontané.

Suites de couches fébriles à 37°, 38°. Une analyse urinaire : albumine 0,50 g et cytologie : quelques GB des cristaux d'acide urique et urate de soude.

L'enfant : Une fille de 3.500 g, vivante, ayant crié immédiatement. Elle présenta une chute de poids du 29 au 2 octobre, jour de sortie.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Proteus mirabilis.

Staphylocoque pathogène.

OBSERVATION N° 38 : CESARIENNE

La mère : Madame TOU..., 6e gestation. Un avortement à 5 mois. Le 21 février 1965 le BW est positif, elle fut traitée le 9 mars par de la Pénicilline à doses progressives jusqu'à 15 millions.

La parturiente entre dans le service pour hémorragie importante de sang rouge due à un *placenta praevia.*

Suites de couches fébriles du 28 au 30 octobre.

L'enfant : Un garçon de 2.030 g, a présenté une cyanose importante, une respiration superficielle avec un encombrement important dus aux alvéoles non déplissées.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Aucun germe.

Observation N° 39

La mère : Madame Aut..., 2e gestation, leucorrhée à *Candida albicans.*

Le 26 septembre 1965, rupture de la poche des eaux à 4 heures et accouchement spontané à 11 h. 15.

Suites de couches fébriles à 38°-39° du 30 au 2 octobre et sort le 3.

L'enfant : Un garçon de 3.400 g, vivant, qui a crié immédiatement, il sort pesant 3.320 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Escherichia coli 125 B 15.

Observation N° 40

La mère : Madame Val..., primigeste, 19 ans. Rupture de la poche des eaux à 9 heures et accouchement spontané à 10 h. 35.

Suites de couches légèrement fébriles : 37°6 pendant 5 jours.

L'enfant : Un garçon de 3.470 g, vivant, ayant crié immédiatement. Sa courbe de poids fut ascendante jusqu'au 6 octobre, puis il perdit 40 g en 24 heures puis regrossit.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Escherichia coli 128 B 12.

Streptococcus faecalis.

Observation N° 41

La mère : Madame Bed..., 4e gestation. Vomissements en début de grossesse. Le 29 septembre 1965, rupture de la poche des eaux et accouchement spontané à 9 h. 35.

Suites de couches furent légèrement fébriles (37°6), quelques contractions douloureuses calmées par du Buscopan (2 comprimés par jour).

L'enfant : Un garçon de 3.920 g, vivant, qui a crié immédiatement, évolution ultérieure normale. Il sort le 5 octobre, pesant 3.900 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Staphylocoque non pathogène.

Sarcina.

Observation N° 42

La mère : Madame Bon..., 8e gestation, dont une grossesse gemellaire. Le 29 septembre 1965, rupture de la poche des eaux et 1 heure plus tard accouchement spontané de 2 jumeaux en siège décomplété.

Suites de couches fébriles (37°8). Elle fut mise au Methergin (30 gouttes, 3 fois par jour) du 8 au 10 octobre et à la Prothyrine du 10 au 13. Prélèvement urinaire : le 19 octobre, montra de rares GB, des germes banaux (*Escherichia coli*).

Les enfants : Un garçon de 2.800 g, vivant, ayant crié immédiatement. Il sort pesant 3.080 g.

2e garçon de 2.420 g, vivant, ayant crié immédiatement. Il sort pesant 2.060 g.

Les prélèvements pharyngés aux naissances :

1er garçon : Aucun germe.

2e garçon : Staphylocoque pathogène.

Sarcina.

Observation N° 43

La mère : Madame Roy..., 2e gestation normale. Le 29 septembre 1965, rupture de la poche des eaux vers 18 heures et accouchement spontané 55 minutes plus tard.

Suites de couches normales. Elle sort le 2 octobre.

L'enfant : Un garçon de 2.920 g, vivant, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale. Il sort pesant 2.720 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Klebsiella Friedlander.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 44

La mère : Madame Eir..., primigeste, 22 ans, primo-infection à 9 ans ; en 1961, à 18 ans, tuberculose rénale traitée par Rimifon et P.A.S. Elle subit un contrôle bactériologique et radiologique de guérison. Pendant cette grossesse, albuminurie constante, douleur à la miction et pollakiurie nocturne.

Le 30 septembre 1965, rupture de la poche des eaux à 3 heures. Accouchement spontané à 13 h. 20. Avant son accouchement on trouva des *E. coli* dans ses urines du 27 septembre.

Suites de couches fébriles. Prélèvement urinaire le 2 octobre ne montra pas de BK mais des *Escherichia coli.* Elle fut traitée d'autre part par méthergin et antipyrine.

L'enfant : Un garçon de 3.650 g, vivant, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale. Il sort le 9, pesant 3.700 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli 125 B 15.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 45

La mère : Madame Pei..., 2e gestation, 34 ans, des leucorrhées importantes ainsi que des varices vulvaires notables. Le 30 septembre 1965, rupture de la poche des eaux à 19 heures, accouchement spontané 2 heures plus tard.

Suites de couches fébriles (37°6). Le 1er octobre : culot urinaire, ne montra ni pus ni germe.

L'enfant : Une fille de 3.800 g, vivante, ayant crié immédiatement. Evolution normale. Elle sort le 9, pesant 3.760 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Klebsiella Friedlander.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 46

La mère : Madame Rah..., primigeste, 19 ans, grossesse normale. Le 30 septembre 1965 à 8 h. 45, rupture de la poche des eaux et à 16 h. 50 accouchement spontané.

Suites de couches fébriles à 37° 5-38°.

L'enfant : Un garçon de 3.850 g, vivant, ayant crié immédiatement. Le 8 octobre, apparition d'un ictère avec une FN : GR 4.550.000 ; GB 8.400. Hb 100 %.

Il sort le 9, pesant 3.620 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 47

La mère : Madame Ben..., 4e gestation normale. Le 8 octobre 1965, rupture de la poche des eaux vers 1 heure et accouchement spontané 40 minutes plus tard.

Suites de couches fébriles pendant 2 jours. Elle sort le 12.

L'enfant : Une fille vivante de 3.900 g, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale. L'enfant sort, le cordon n'étant pas encore tombé.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 48

La mère : Madame Ven..., 12e gestation. Le 7 octobre 1965, rupture de la poche des eaux. Le 8, elle émet du liquide méconial vers 14 heures et à 22 heures, accoucha d'un garçon par le siège.

Dans les suites de couches, endométrite traitée par des injections vaginales au nitrate d'argent. Le prélèvement urinaire le 18 octobre ne montra ni pus ni germe. Elle fut mise au Nicène (5 comprimés par jour) pendant 5 jours.

L'enfant : Un garçon de 3 kg dont le cri fut retardé et qui dut être réanimé par une demi-ampoule d'Heptamyl et une demi-ampoule de vitamine K. Apparition dès la 48e heure d'un ictère. Le 12, sécrétion purulente de l'œil gauche ; dont le prélèvement bactériologique dépista du Staphylocoque pathogène traité par un collyre au Chloramphénicol.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Proteus Rettgeri.

Staphylocoque pathogène.

Observation N° 49

La mère : Madame Hab..., 5e gestation. La parturiente présente une grossesse d'évolution normale avec des leucorrhées qui furent traitées. Le 11 octobre 1965, à 1 h. 15, rupture de la poche des eaux et accouchement spontané à 1 h. 55, avec une légère éraillure nécessitant 3 agrafes cutanées sur la plaie.

Les suites de couches furent fébriles (38°4). Elle eut des pertes jaunâtres abondantes. Les urines du 15 octobre présentèrent du pus, des germes colimorphes. Le 19 octobre, le culot urinaire est insignifiant : de rares germes, pas de GB.

L'enfant : Un garçon de 3.800 g, vivant, ayant crié immédiatement. L'évolution fut normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 50

La mère : Madame Cas..., 2e gestation. La parturiente a présenté des métrorragies vers le 4e mois pendant 3 à 4 jours. Elle fut traitée par Progesterone-Retard. Le 10 octobre 1965, rupture de la poche des eaux et accouchement spontané vers 12 h. 10.

Suites de couches normales ; sort le 15.

L'enfant : Une fille de 3.160 g, vivante, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale. Sort pesant 3.080 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Escherichia coli.

Observation N° 51

La mère : Madame Sul..., primigeste. Leucorrhées abondantes et prurit. Le 11 octobre 1965, rupture de la poche des eaux à 14 h. 45 et accouchement spontané à 15 heures.

Suites de couches normales.

L'enfant : Une fille de 3.250 g, vivante, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale, sort le 19 pesant 3.150 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Aucun germe.

Observation N° 52

La mère : Madame Cher..., 6e gestation, grossesse normale avec leucorrhées. Le 15 octobre 1965 à 21 h. 40, rupture de la poche des eaux avec émission de liquide amniotique clair, accouchement spontané à 21 h. 50.

Suites de couches fébriles (37°8).

L'enfant : Un garçon de 3.800 g, vivant, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale, sort le 20 octobre, pesant 3.550 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Klebsiella Rhinosclératomatis.

Observation N° 53

La mère : Madame Ale..., 5e gestation normale, avec d'abondantes pertes blanches. Le 18 octobre 1965, rupture de la poche des eaux à 22 h. 50 et accouchement spontané à 0 h. 45.

Dans les suites de couches : l'accouchée a présenté une infection urinaire le 18 octobre 1965. Cytobactériologie urinaire : culot abondant jaunâtre, épais, des germes divers (*E. coli*) avec quelques rares GR. Le 19 et 23, le culot urinaire : insignifiant et montra peu de germes.

L'enfant : Une fille de 3.750 g, vivante, ayant crié immédiatement ; l'enfant sort le 26 octobre 1965, pesant 3.700 g, sans aucune manifestation pathologique.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 54

La mère : Madame Ker..., 14e gestation. Grossesse normale, légèrement asthénique avec d'importantes leucorrhées. Le 19 octobre, à 17 heures, rupture de la poche des eaux, accouchement spontané à 17 h. 40.

Dans les suites de couches, la mère est anorexique, anémique. Elle fut traitée par du Fer CB 12 pendant 5 jours (2 ampoules par jour).

L'enfant : Une fille de 4.400 g, vivante, ayant crié immédiatement. Elle présenta le 25 octobre une mammite. Elle sort pesant 4.150 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Observation N° 55

La mère : Madame Rib..., 9e gestation (5 enfants vivants, 3 avortements spontanés). Grossesse normale. Le 20 octobre 1965, rupture de la poche des eaux à 3 h. 30 et à 4 h. 15 accouchement spontané.

Suites de couches normales.

L'enfant : Une fille de 2.550 g, vivante, qui a crié immédiatement. Aucune manifestation clinique pathologique n'a été décelée.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 56

La mère : Madame Rav..., 6e gestation (5 enfants vivants en bonne santé). Le 20 octobre 1965, rupture de la poche des eaux à 7 h. 30 et accouchement spontané à 7 h. 45.

Dans les suites de couches, le 25 octobre, glycosurie : 5,70 g/l.

L'enfant : Une fille vivante pesant 2.800 g, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale. Elle sort le 27 pesant 2.720 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 57

La mère : Madame Avz..., 3e gestation. Dans les antécédents, une lithiase rénale droite à 12 ans, des coliques néphrétiques jusqu'à 18 ans. Durant les 2 premières grossesses, albuminurie. Rupture de la poche des eaux à 17 heures et accouchement à 19 h. 20 spontanément.

Dans les suites de couches, prélèvement urinaire le 23 octobre : germes banaux (*E. coli*), des leucocytes altérés.

L'enfant : Un garçon de 3.750 g, vivant, ayant crié immédiatement. Le 30 octobre, l'enfant présenta du muguet. Il sort avec un poids de 3.600 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Klebsiella pneumoniae.

Observation N° 58

La mère : Madame Mav..., seconde gestation normale. Le 21 octobre 1965, rupture de la poche des eaux à 4 heures et accouchement spontané 1 heure plus tard.

Suites de couches fébriles (38°4) le 24 octobre.

L'enfant : Un garçon de 3.300 g, vivant, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 59

La mère : Madame Ben..., 7e gestation.

Le 21 octobre 1965, à 19 heures, rupture de la poche des eaux, et à 22 h. 30, accouchement prématuré à 7 mois 1/2.

Les suites de couches normales.

L'enfant : Une fille de 3.300 g, vivante, ayant crié immédiatement, avec une petite hernie ombilicale, elle sort le 24 octobre, pesant 3.140 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

OBSERVATION N° 60

La mère : Madame ELL..., 2e gestation. C'est une malade hypertendue, 18/15, avec des œdèmes des membres inférieurs. Depuis le 18 octobre 1965 elle a présenté vers 22 heures une barre épigastrique et des vomissements. Traitée par Largactil + Phénergan IM. Saignée de 250 cc de sang. Elle entra dans le service dans un état semi-comateux, le pouls à 140. Tension artérielle 13,5/7. Elle fut traitée par un Largactil + un Phénergan IM (4 fois par jour).

Le 20 octobre, le culot urinaire fut peu abondant, pas de germes. La déconnexion est poursuivie.

Le 21 octobre 1965, rupture de la poche des eaux à 19 heures et accouchement prématuré à 7 mois 1/2 à 22 heures.

Le 22 octobre, présence de rares germes colimorphes.

Le 23 octobre, leucocytes altérés peu nombreux. Elle fut traitée par du Rufol (5 comprimés par jour et cela pendant 5 jours).

Le 27 octobre, présence de pus épais jaunâtre et abondance de germes colimorphes.

Le 29 et 30 octobre, absence de germe : cocci gram positif en amas. Très importante desquamation vésicale.

Le 30 octobre : la tension artérielle est à 11,5/8.

Le 3 novembre, suppression du Largactil.

Le 8 novembre, suppression du Phénergan et du Dolosal, on conserve le Vallium, 1 comprimé matin et soir + XX gouttes d'Hydergine.

L'enfant : Une fille de 1.620 g, prématurée de 7 mois 1/2. Le 25 octobre, apparition d'un muguet ; 3 novembre, développement d'un érythème fessier. Traité par Phisohex que l'on arrête le 12.

Le 17, on sort l'enfant de sa couveuse, on augmente à 60 g le lait.

Le 4 décembre, on passe à 65 g en tétées. Ce jour, on découvrit 2 angiomes framboisées à la base du tronc latéralement.

Le 11, l'enfant est dirigé sur le Service du Professeur SALMON pour l'ablation des 2 angiomes.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Proteus mirabilis.

OBSERVATION N° 61

La mère : Madame VAN HAT..., primigeste, 26 ans, ayant eu un accident de circulation en juin sans perte de connaissance. La parturiente a grossi de 12 kg pendant cette grossesse. Le 26 octobre 1965, rupture de la poche des eaux à 1 h. 30 et accouchement spontané à 2 heures.

Suites de couches normales.

L'enfant : Une fille de 3.800 g, vivante, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Observation N° 62

La mère : Madame Lat..., 3e gestation. La parturiente a présenté des varices importantes des membres inférieurs et un abcès de la grande lèvre gauche. Le 26 octobre 1965, rupture de la poche des eaux dans la nuit et accouchement spontané à 12 h. 10.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 2.820 g, vivant, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 63

La mère : Madame Bou..., 4e gestation. Le 28 octobre 1965, rupture de la poche des eaux à 14 h. 30 et accouchement spontané 10 minutes plus tard.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 3.180 g, vivant, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Corynebacterium Hoffmanni.

Observation N° 64

La mère : Madame Bou..., secondigeste, 30 ans. Le premier enfant fut un prématuré de 8 mois. Le 29 octobre 1965, rupture de la poche des eaux à 8 h. 05 et 5 minutes plus tard accouchement spontané.

Suites de couches fébriles (37°8).

L'enfant : Une fille de 4.150 g, vivante, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 65

La mère : Madame Hen..., 4e gestation normale. Le 30 octobre à 16 h. 55, rupture de la poche des eaux, puis 25 minutes plus tard accouchement spontané.

L'enfant : Un garçon de 3.450 g, vivant, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 66

La mère : Madame Sir..., secondigeste, 21 ans. Le 4 novembre 1965, rupture de la poche des eaux à 11 h. 40, puis 20 minutes plus tard accouchement spontané.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 3.890 g, vivant, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Corynebacterium Hoffmanni.

Escherichia coli.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 67

La mère : Madame Gan..., 3e gestation. Le 5 novembre 1965, rupture de la poche des eaux à 10 h. 05, puis à 11 h. 20 accouchement avec utilisation des spatules pour extraire la tête à la vulve.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 4.250 g. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Corynebacterium Hoffmanni.

Escherichia coli.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 68

La mère : Madame Las..., primigeste, 25 ans. Avec une constipation opiniâtre, des leucorrhées à *Candida albicans*. Le 8 octobre 1965, rupture de la poche des eaux à 15 h. 10, puis accouchement spontané à 16 h. 40. A la délivrance, hémorragie de 450 cc de sang due à un placenta enchatonné.

Suites de couches fébriles à 38°, avec une poussée de lymphangite du sein droit. Elle fut traitée par Pénicilline (2 millions), Streptomycine (1 g) du 8 au 14 novembre.

L'enfant : Une fille de 3.070 g, vivante, qui a crié immédiatement. Le 15, apparition d'une mammite.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 69

La mère : Madame Ais..., 12e gestation. Elle a présenté en 1949 une syphilis traitée puis en 1960 une salpingite.

Au cours de cette grossesse, le 25 septembre, elle eut des leucorrhées à *Candida traitées* par Mycostatine. Le 11 novembre 1965, rupture de la poche des eaux à 7 heures et 1 heure plus tard accouchement spontané.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 3.950 g, vivant, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 70

La mère : Madame Mok..., 7e gestation. En 1959, elle accoucha d'un enfant mort-né en Algérie. En 1962, l'enfant mourut quelques minutes après la naissance. Elle avait eu une néphropathie gravidique pour cette grossesse.

Le 13 novembre 1965, pour la grossesse actuelle, rupture de la poche des eaux à 13 h. 50 et 10 minutes plus tard accouchement spontané.

Dans les suites de couches : un prélèvement urinaire du 13 montra de l'albumine, des *Escherichia coli.* Sa tension : 13/8. Le 14, albumine : 1,6 g. Le 16, albumine : 0,25 g. Le 18, le culot était abondant avec des germes colimorphes et du pus.

L'enfant : Une fille de 4.850 g, vivante, qui a crié immédiatement, d'aspect cushinoïde. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 71

La mère : Madame Gon..., primigeste, 22 ans, qui a grossi de 16,5 kg. Des leucorrhées importantes au cours de la grossesse. Le 16 novembre 1965, rupture de la poche des eaux à 7 heures et 55 minutes plus tard accouchement spontané.

Suites de couches fébriles, avec un épisode grippal du 17 au 23 novembre.

L'enfant : Une fille de 3.250 g, vivante, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 72

La mère : Madame Pon..., primigeste, 29 ans. Avec les trois premiers mois, vertiges, asthénie, amaigrissement, varices au niveau des membres inférieurs, traitées par Héparine et Phénylbutazone. Le 25 octobre, prélèvement urinaire avec *Escherichia coli.* Le 27, le culot était purulent, avec des germes gram négatif.

Le 16 novembre, rupture de la poche des eaux avant 4 heures du matin et accouchement spontané à 14 h. 10.

Dans les suites de couches, le culot urinaire avec de rares germes colimorphes.

L'enfant : Une fille de 2.750 g, vivante, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Aucun germe.

Observation N° 73

La mère : Madame Mah..., 2e gestation avec une crise de paludisme en 1965 et au 2e mois hospitalisation pour suspicion de grossesse extra-utérine. Le 19 novembre 1965, à 1 heure, rupture de la poche des eaux et 25 minutes plus tard accouchement spontané.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 3.100 g, vivant, qui a crié immédiatement. Au 5e jour, petites pustules au niveau de la région fessière.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 74

La mère : Madame Zou..., 7e gestation. Le 18 novembre 1965 à 3 h. 40, rupture de la poche des eaux et à 15 h. 45, accouchement spontané.

Dans les suites de couches le soir même de l'accouchement, vomissements bilieux cédant spontanément.

L'enfant : Un garçon de 3.650 g, vivant, qui a crié immédiatement. Sort le 20, la chute du cordon n'étant pas effectuée.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 75

La mère : Madame Ate..., 4e gestation (3 grossesses et 1 avortement). Pour la grossesse actuelle à 1 mois de gestation, métrorragies de sang rouge accompagnées de coliques utérines. Le 4 octobre, douleurs lombaires soignées par calcium IV du 24 au 28. Le 16 novembre, urines étaient troubles sans germes. Traitée par Rufol (5 comprimés) + 10 comprimés de chlorure d'ammonium. Le 23, apparition de crevasses.

L'enfant : Une fille de 3.500 g ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 76

La mère : Madame Bou..., 3e gestation. Le 24 mai 1965, la réaction de Kline : +++, la réaction de VDRL : +, le BV ±. Pour la grossesse actuelle, la parturiente a grossi de 13 kg.

Le 21 novembre 1965, rupture de la poche des eaux à 3 h. 30, et accouchement spontané 30 minutes plus tard.

Suites de couches normales.

L'enfant : Une fille de 3.150 g. Evolution ultérieure.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Klebsiella rhinoscleromatis.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 77

La mère : Madame Kor..., 4e gestation. La parturiente a grossi de 17 kg.

Le 22 novembre 1965, à 14 heures, rupture de la poche des eaux et 30 minutes plus tard accouchement spontané.

Suites de couches fébriles.

L'enfant : Un garçon de 4.550 g, vivant, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Observation N° 78

La mère : Madame Ipe..., primigeste, avec vomissements importants et œdèmes prémalléolaires en début de grossesse.

Le 27 novembre 1965, rupture de la poche des eaux à 18 h. 30, accouchement spontané à 22 h. 45.

Suites de couches fébriles, lochies purulentes traitées par des injections au nitrate d'argent et par du Méthergin en gouttes (3 fois 30 gouttes par jour), jusqu'au 7 décembre. Le 1er, les urines montrèrent des germes colimorphes (*E. coli* non pathogène, et du pus. Elle fut mise au Rufol (4 comprimés) et au Nibiol (4 comprimés par jour).

L'enfant : Une fille de 3.180 g, vivante, ayant crié immédiatement. Le 12 décembre, apparition d'une mammite traitée. Elle sort le 15 pesant 3.600 g, sans autre manifestation pathologique.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 79

La mère : Madame Car..., 13e gestation. La parturiente a présenté à 9 ans une primo-infection traitée.

Le 28 novembre 1965, rupture de la poche des eaux à 1 heure et accouchement spontané 1 heure plus tard.

Suites de couches fébriles, avec lochies purulentes. Elle fut mise au Méthergin (3 fois 30 gouttes). Prélèvement urinaire du 1er décembre : des germes colimorphes, du pus. Le 6, le culot urinaire peu abondant, peu de germes colimorphes. Elle fut mise au Rufol (5 comprimés) et à la Streptomycine (1 g) du 2 au 6 décembre.

L'enfant : Une fille de 4 kg, vivante, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 80

La mère : Madame Ben..., primipare, 20 ans, rupture de la poche des eaux le 27 novembre 1965 et accouchement 48 heures plus tard à 11 h. 15. Malgré la couverture d'antibiotique depuis la rupture des membranes, les suites de couches furent fébriles. On la mit à la Pénicilline (2 millions) et Streptomycine (1 g par jour) du 28 au 2 décembre.

L'enfant : Un garçon de 3.350 g, vivant, qui a crié immédiatement. A titre préventif, on lui injecta 200.000 unités de Pénicilline par jour jusqu'au 4 décembre. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 81

La mère : Madame Boe..., 9e gestation, avec des leucorrhées importantes sans prurit. Le 29 novembre 1965, à 18 h. 50, rupture de la poche des eaux et accouchement spontané 10 minutes plus tard.

Suites de couches fébriles.

L'enfant : Un garçon de 3.530 g, vivant, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Aucun germe.

Observation N° 82

La mère : Madame Alm..., primigeste, 21 ans, grossesse normale avec des leucorrhées. Rupture prématurée des membranes le 28 novembre 1965 à 8 h. 30 et accouchement spontané le 29 à 22 h. 45.

Dans les suites de couches, suffusion sanguine de la paroi vaginale avec un énorme œdème de la paroi postérieure. Elle reçut Méthergin, antipyrine, Pénicilline (1 million), Streptomycine (0,5 g) jusqu'au 10 décembre.

L'enfant : Une fille de 3.300 g, vivante, qui a crié au bout de 30 secondes, qui fut mise à la Pénicilline (200.000 unités du fait de la rupture prématurée des membranes. Le 5 décembre, une mammite.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Observation N° 83

La mère : Madame Pic..., 3e gestation, avec leucorrhées importantes. Le 1er décembre, à 18 h. 50, rupture artificielle de la poche des eaux et 25 minutes plus tard accouchement spontané.

Suites de couches normales.

L'enfant : Une fille de 2.870 g, vivante, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 84

La mère : Madame Jou..., 3e gestation, grossesse normale. Le 1er décembre 1965, rupture de la poche des eaux vers 20 heures et accouchement spontané à 23 h. 20. Suites de couches fébriles.

L'enfant : Un garçon de 3.150 g, vivant, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Aucun germe.

Observation N° 85

La mère : Madame Rei..., 5e gestation, présentant des antécédents diabétiques du côté maternel. Rupture de la poche des eaux à 10 heures et accouchement spontané à 10 h. 30 le 2 décembre 1965 à 7 mois de gestation.

Dans les suites de couches, épisode diarrhéique traité par l'ultra-levure et charbon. Le 3 décembre, épisode grippal traité par suppositoire d'Ozothine, et du sirop pectoral. Le 4 décembre, on stoppa la montée laiteuse par du Méthergin (30 gouttes 3 fois par jour), antipyrine (2 comprimés), du Gardénal (0,10 g le soir).

L'enfant : Une fille de 1.815 g, de 7 mois, qui fut élevée au lait lyophilisé maternel (25 g 8 fois par jour). Placée en isolette elle reçut jusqu'au 11 décembre 50 mg de lait lyophilisé. Le 16 décembre, placée en appareil d'Armstrong. Le 20 décembre, elle fut mise au sein et elle sort le 12 janvier pesant 2.550 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 86 : CESARIENNE

La mère : Madame Sim..., primigeste, présentant des leucorrhées depuis l'âge de 19 ans, un léger rachitisme visible encore au niveau de la voûte palatine ainsi qu'aux poignets. Le 3 décembre 1965, à 10 heures, on lui fit une césarienne pour bassin légèrement rétréci.

Dans les suites de couches, elle fut mise à la Pénicilline (1 million), à la Colimycine (1 million), au Sedol-Atarax et à l'Alphamucase matin et soir. Malgré cela, le 15 décembre, elle fit une suppuration de l'incision abdominale.

L'enfant : Un garçon de 3.200 g, vivant, ayant crié immédiatement. Le 13 décembre, il présenta une mammite.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Aucun germe.

Observation N° 87

La mère : Madame Rou..., primigeste, 19 ans, avec des leucorrhées à trichomonas. Le 6 décembre 1965, rupture de la poche des eaux à 6 heures et accouchement spontané à 18 h. 45.

Suites de couches normales.

L'enfant : Une fille de 3.100 g, vivante, ayant crié immédiatement. Le 11 décembre 1965, apparition d'une mammite.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 88

La mère : Madame Sai..., 11e gestation (9 grossesses d'évolution normale, un curetage). Pour cette grossesse, tension à 20/12. Elle fut traitée pour une néphropathie gravidique.

Le 5 décembre, rupture de la poche des eaux à 0 h. 25 et accouchement spontané à 10 h. 30. Elle reçut dans la journée un demi-Dolosal + une demi-ampoule de Phénergan + une demi-ampoule de Largactil (4 fois par jour).

Un prélèvement d'urine : un culot important avec des cocci gram + et des *Escherichia coli.*

Dans les suites de couches, nouveau prélèvement, le 14 décembre, retrouva le même germe dont l'antibiogramme montra une sensibilité au Négram. Le 16 décembre, on poursuivit le traitement lytique : la tension descendit à 13. Le 20 décembre, biopsie rénale (N° 43401).

Résultat : le parenchyme rénal est subnormal.

L'enfant : Un garçon de 2.800 g, vivant, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.
Escherichia coli.

Observation N° 89

La mère : Madame Pol..., 4e gestation, avec des leucorrhées marrons prurigineuses, et des varices importantes des membres inférieurs. Le 3 décembre, rupture de la poche des eaux, 48 heures après, accouchement spontané à 3 h. 45.

Suites de couches fébriles, mise à la Terramycine (1 g par jour) du 5 au 12 décembre.

L'enfant : Une fille de 3.800 g, vivante, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Staphylocoque non pathogène.
Escherichia coli.

Observation N° 90

La mère : Madame Bel..., 3e gestation. La parturiente présente une sérologie positive, le 1er février 1965, traitée par une série de 8 millions de Pénicilline, plus des hémorragies au premier trimestre. Le 5 décembre 1965, rupture de la poche des eaux à 21 h. 50 et accouchement spontané 1 heure plus tard.

Dans les suites de couches, on reprit le traitement anti-syphilitique ; du 6 au 17 décembre, au total, 9 millions de Pénicilline.

L'enfant : Une fille de 3.350 g, vivante, ayant crié immédiatement. Le BW fut positif et la réaction de Kline fut positive au sérum pur. Elle reçut du 6 au 17 décembre, 1 million de Pénicilline.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.
Staphylocoque non pathogène.
Sarcina.

Observation N° 91

La mère : Madame Gra..., primigeste, 22 ans, grossi de 15 kg. Le 6 décembre 1965, rupture de la poche des eaux à 5 h. 45 et accouchement spontané à 7 h. 30.

Suites de couches normales.

L'enfant : Une fille de 3.400 g, vivante, ayant crié immédiatement. Le 15, apparition d'une mammite.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 92

La mère : Madame San..., 3e gestation, évolution normale avec des leucorrhées importantes. Le 6 décembre 1965, à 14 h. 15, rupture de la poche des eaux et accouchement spontané à 14 h. 30, avec une légère éraillure périnéale nécessitant un point au crin de Florence.

Dans les suites de couches, léger œdème au niveau du point périnéal.

L'enfant : Un garçon pesant 3.270 g, vivant, qui a crié immédiatement. Apparition le 12 décembre d'un ictère qui persista jusqu'au 15 décembre.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 93

La mère : Madame Ski..., 3e gestation. La parturiente présente depuis l'âge de 14 ans des crises comitiales. N'a pas eu de crise depuis 3 ans. D'autre part, elle a été traitée pour des varices douloureuses avec de la pommade Relvene.

A partir du 10 novembre 1965, reprise du traitement suivant :

Aparoxal : 1 comprimé le soir de 0,10 g.

Dihydan : 1 comprimé par jour.

Dans les suites de couches, l'accouchée a présenté des douleurs utérines. On poursuivit le traitement anticomitial et de plus on lui administra du Méthergin et de l'antipyrine.

L'enfant : Une fille de 2.940 g, vivante, ayant crié immédiatement. On pratiqua un traitement de désintoxication pour l'enfant :

Les 8 et 9 décembre : 3 cg de Gardénal.

Les 10 et 11 décembre : 2 cg. Apparition d'une mammite.

Le 12 décembre : 1 cg de Gardénal.

Il sort le 15 sans autre incident.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 94

La mère : Madame Tam..., 5e gestation. La parturiente a pris 15 kg et a présenté un léger œdème malléolaire, mais pas d'albumine dans les urines.

Le 7 décembre 1965, rupture de la poche des eaux à 22 heures et à 23 heures accouchement spontané.

Suites de couches normales. Elle sort le 4e jour.

L'enfant : Un garçon de 4.150 g, vivant, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Aucun germe.

Observation N° 95

La mère : Madame Leo..., 5e gestation. La parturiente a présenté en 1964 une néphropathie gravidique avec décollement placentaire et pyélonéphrite des suites de couches. Pour cette grossesse actuelle, elle a pris 9 kg avec une tension artérielle de 13/7.

A 4 h. 30, rupture de la poche des eaux et accouchement spontané à 4 h. 45.

Dans les suites de couches, bilan rénal, qui fut sensiblement normal.

L'enfant : Une fille de 3.000 g, vivante, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Klebsiella rhinoscleromatis.

Observation N° 96

La mère : Madame Dra..., 10e gestation. Elle a été adressée par le service du Professeur Brahic, présentant des crises comitiales (2 à 3 par semaine). Traitée par de l'Orténal (1 comprimé), du Belladénal (1 comprimé) et du Gardénal (0,10 g, matin et soir). Pour cette grossesse, le 1er décembre 1965, elle eut une crise comitiale avec chute ; présenta une ecchymose palpébrale très importante. Le 9 décembre 1965, à 8 heures, rupture de la poche des eaux, émission de liquide teinté indiquant une souffrance ancienne, accouchement spontané à 8 h. 45.

Dans les suites de couches, du 11 au 12 décembre, urines purulentes. Le 15 décembre 1965, prélèvement urinaire : germes banaux colimorphes.

On a continué le Gardénal (0,05 g 2 fois par jour).

Manifestations respiratoires avec une température de 38°, mauvais drainage.

Elle fut traitée par du Méthergin (30 gouttes 3 fois par jour), Thiazomide (4 grammes par jour).

L'enfant : Une fille de 3.820 g, ayant crié immédiatement. L'enfant a été désintoxiqué avec des doses dégressives de Gardénal. Le 9 décembre, elle reçut 0,05 cg. Le 12, elle présenta un léger fébricule à 37°2. Rien du point de vue neurologique.

Le 13 décembre, elle reçut 0,01 cg de Gardénal et le 29 décembre elle sortit.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Corynebacterium Hoffmanni.

Observation N° 97

La mère : Madame Gri..., 10e gestation, dont l'évolution fut normale. Présence de varices importantes au niveau des membres inférieurs qui furent traitées par de la Pindione (en pommade). Le 8 décembre 1965, à 21 heures, elle a rompu la poche des eaux et le 9 décembre, à 20 h. 10, l'accouchement fut spontané.

Les suites de couches furent fébriles.

L'enfant : Un garçon de 3.250 g, vivant, qui a crié immédiatement. Le 13 décembre, apparition d'un ictère qui persistait encore lors de sa sortie le 17.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 98

La mère : Madame Pin..., primigeste de 22 ans, dont la grossesse évolua normalement avec des leucorrhées jaunâtres.

Le 10 décembre 1965, rupture de la poche des eaux ; à 20 heures, accouchement spontané le 11 décembre à 1 h. 45.

Dans les suites de couches, les lochies furent fétides et grisâtres jusqu'au 21 décembre 1965. Elle fut traitée par des injections vaginales avec une solution de nitrate d'argent. Elle fut mise à la Thiazomide, mais les lochies restèrent grisâtres.

L'enfant : Un garçon de 3.350 g, vivant, qui a crié immédiatement. Le 14 décembre, apparition d'un ictère traité par du foie lyophilisé (50 mg par 24 heures). Le 16 décembre, apparition d'une éruption cutanée fessière traitée par Phisolex et par la pommade Dermolive.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 99

La mère : Madame Fer..., primigeste, 18 ans, avec des leucorrhées abondantes. Le 11 décembre 1965, rupture de la poche des eaux à 10 h. 20, et accouchement prématuré à 8 mois d'une fille, sans étiologie précisée. Le terme prévu étant pour le 15 janvier 1966.

Suites de couches normales.

L'enfant : Une fille de 2.540 g, vivante, ayant crié immédiatement, nourrie au sein. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Aucun germe.

Observation N° 100

La mère : Madame Rak..., 9e gestation, avec des leucorrhées abondantes. Le 11 décembre, à 23 heures, rupture de la poche des eaux et accouchement spontané 1/4 d'heure plus tard.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 3.950 g, vivant, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Levures.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 101

La mère : Madame Rev..., primigeste, 19 ans, grossesse normale. Le 11 novembre 1965, elle présenta des pertes brunâtres non traitées. Le 13 décembre, à 6 h. 30, rupture de la poche des eaux et à 9 h. 45, accouchement spontané.

Suites de couches fébriles. Dans ces antécédents, il y eut des recherches de toxoplasmes, aussi le 13 décembre 1965 on pratiqua un taux de Lyse de toxoplasmes qui fut faiblement positif et qu'on ne peut considérer comme significatif. Le 23 décembre, prélèvement urinaire : germes colimorphes de type *Escherichia coli,* ainsi que celui fait le 24 décembre. De plus, un prélèvement pharyngé effectué pour inflammation de la gorge montra des Staphylocoques pathogènes.

L'enfant : Un garçon de 3.580 g, vivant, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Corynebacterium Hoffmanni.

Escherichia coli.

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 102

La mère : Madame Mas..., 2e gestation, avec des leucorrhées importantes durant le 3e trimestre.

Le 15 décembre, à 6 heures, rupture de la poche des eaux et 30 minutes plus tard accouchement spontané.

Suites de couches fébriles avec des lochies fétides, elle reçut Thiazomide 6 g, puis 4 g, 2 g, 1 g. Elle présenta aussi un œdème de la luette traitée par des gargarismes matin et soir.

L'enfant : Une fille de 3.050 g, vivante, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 103

La mère : Madame Gas..., 4e gestation. Evolution normale. La parturiente fut soignée au mois de janvier pour une cystite. Le 13 décembre, rupture de la poche des eaux avant 7 h. 30, puis 48 heures plus tard, le 15, elle accoucha spontanément. Une cytobactériologie urinaire ne montra ni pus ni germes, mais une albuminurie +++.

Suites de couches fébriles, elle reçut : Pénicilline 2 millions, Streptomycine 2 g. Apparition au sein droit de crevasses.

L'enfant : Un garçon de 3.350 g, vivant, qui a crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

OBSERVATION N° 104

La mère : Madame BAY..., 9e gestation. Evolution de la grossesse normale, plus leucorrhées importantes. Le 15 décembre 1965, rupture de la poche des eaux et à 13 h. 10, accouchement spontané avec une légère dystocie aux épaules.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 5 kg, vivant, qui n'a pas crié immédiatement, qui fut aspiré et oxygéné. L'enfant présenta une paralysie obstétricale du membre supérieur droit traitée dans le service du Professeur SALMON par une mobilisation passive, fréquente ; alternée avec une ionisation iodurée, calcique, transplexuelle.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque pathogène.

OBSERVATION N° 105

La mère : Madame DOE..., primigeste, 18 ans, grossesse normale, avec leucorrhées depuis l'âge de 15 ans. Le 17 décembre 1965, rupture spontanée de la poche des eaux à 11 h. 30 et accouchement 1 heure plus tard, avec une éraillure vaginale allant de la grande lèvre jusqu'au fond du vagin.

Les suites de couches furent fébriles, avec inflammation de l'éraillure. Le 21 décembre 1965, abcès unguinal droit se développant surtout vers le quadrant supéro-interne de l'aine.

L'enfant : Un garçon de 2.750 g, vivant, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

OBSERVATION N° 106

La mère : Madame DAL..., 9e gestation, 35 ans : grossesse normale. Le 18 décembre, rupture de la poche des eaux vers 15 heures et accouchement spontané 2 heures plus tard.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 3.110 g, vivant, ayant crié immédiatement, ayant présenté un Angiome à la main droite.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Aucun germe.

Observation N° 107

La mère : Madame Gar..., 2e gestation, présentant une leucorrhée à *Candida albicans,* traitée par Mycostatine. Elle a grossi de 12 kg pour cette grossesse. Le 19 décembre, rupture artificielle de la poche des eaux à 10 h. 30 et accouchement spontané 35 minutes plus tard. Révision utérine afin de stopper l'hémorragie de sa délivrance.

Suites de couches fébriles et douloureuses. Elle reçut Pénicilline (2 millions) et Streptomycine (1 g) ainsi que des massages à la pommade Pindione sur les jambes.

L'enfant : Un garçon de 3.600 g, vivant, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Corynebacterium Hoffmanni.

Observation N° 108

La mère : Madame Pla..., 7e gestation, 40 ans, grossesse normale. Le 19 décembre, rupture de la poche des eaux à 19 heures et accouchement 2 heures plus tard.

Suites de couches normales.

L'enfant : Un garçon de 2.600 g, vivant, dont le cri fut retardé et qui ne fut réanimé qu'au bout de 3 minutes. Le 23 décembre 1965, apparition d'un ictère qui persista 48 heures. Il reçut alors 20 cc de sérum physiologique sous-cutané.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Staphylocoque non pathogène.

Observation N° 109

La mère : Madame Gab..., 10e gestation, 34 ans. Evolution normale. Le 19 décembre, rupture de la poche des eaux vers 22 heures et accouchement spontané 25 minutes plus tard.

Suites de couches normales, mais le BW pratiqué 3 jours après l'accouchement montra une réaction de Kolmer positive à moitié.

L'enfant : Un garçon de 3.400 g, vivant, ayant crié immédiatement. Evolution normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Observation N° 110

La mère : Madame Col..., primigeste, 22 ans, avec une leucorrhée depuis le début de sa grossesse. Le 20 décembre 1965, à 1 heure, rupture spontanée de la poche des eaux et 35 minutes plus tard accouchement spontané.

Dans les suites de couches, léger fébricule pendant 48 heures qui fut traité par de la Thiazomide (6 g), puis les jours suivants : 4 g, 2 g et 1 g. Apparition de crevasses.

L'enfant : Une fille de 3.100 g, vivante, ayant crié immédiatement. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Escherichia coli.

Observation N° 111 : CESARIENNE

La mère : Madame Sud... Pour cette première gestation, la parturiente a grossi de 16 kg et a présenté une leucorrhée à trichomonas. Le bassin étant généralement rétréci posa l'indication de la césarienne. Le 17 février 1966, à 16 h. 30, rupture de la poche des eaux et 1 heure plus tard fut pratiquée la césarienne.

Suites de couches normales, mais on plaça la mère à l'abri de l'infection éventuelle en lui donnant Pénicilline (2 millions), Colimycine (1 million/jour) du 18 au 24 décembre.

L'enfant : Un garçon de 3.800 g, cyanosé, vivant, qui fut aspiré et oxygéné pendant 2 minutes. Evolution ultérieure normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Aucun germe.

Observation N° 112 : CESARIENNE

La mère : Madame Mar..., primigeste de 24 ans, qui a présenté une métrorragie le 25 mai 1965, cédant spontanément, et une leucorrhée importante. Le 16 février 1966 fut pratiquée une césarienne pour dystocie du col.

Suites de couches fébriles. Elle reçut : Pénicilline (2 millions), Colimycine (1 million) et du Glucosé rectal, 250 cc en goutte à goutte.

L'enfant : Un garçon de 2.950 g, vivant, ayant crié immédiatement, dont l'évolution ultérieure fut normale.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Aucun germe.

Observation N° 113 : CESARIENNE

La mère : Madame War..., primigeste, 18 ans, ayant été hospitalisée à 4 mois 1/2 pour chute sans conséquence apparemment sur la grossesse. Le 11 janvier 1966, rupture de la poche des eaux spontanément à 8 heures ; et à 10 h. 45, on pratiqua la césarienne pour bassin rétréci transversalement.

Suites de couches fébriles (38°). Traitée à partir du 11 janvier par 1 million de Pénicilline par jour pendant 8 jours. Le 14, elle reçut une transfusion de sang de 250 cc pour FN : GR, 3.000.000 ; GB, 5.700.

Le 5 janvier, apparition de crevasses au sein droit.

L'enfant : Un garçon de 3.700 g, vivant, qui fut aspiré à la naissance. Le 17, chute du cordon, mais apparition d'un bourgeon inflammatoire ombilical. Le 26, apparition d'une mammite qui régressa spontanément. Le 27, l'enfant sort pesant 3.860 g.

Le prélèvement pharyngé à la naissance :

Aucun germe.

RÉSULTATS

MICRO-ORGANISMES ISOLES SUSCEPTIBLES DE DEVENIR PATHOGENES

Candida Albicans
Staphylococcus
Escherichia Coli
Proteus
Klebsiella Pneumoniae
Staphylococcus Faecalis

CANDIDA ALBICANS

OBSERVATIONS N^os^ 2 - 4 - 8 - 15 - 100

En 1875, HAUSSMAN affirmait que les nouveaux-nés dont les mères étaient porteuses de *Candida Albicans* présentaient immédiatement après la naissance du *Candida Albicans* dans la cavité buccale.

WASKOVIT en 1937 dénombra environ 37 % des mycoses chez les femmes enceintes et 16,5 % chez les autres sujets.

VEGRONI de Buenos-Ayres a constaté une mycose vaginale chez 31 % des femmes enceintes.

En 1948, les auteurs finlandais RAVRANO et PEUTTINEN montrèrent que les prélèvements de bouche des nouveaux-nés, une heure après la naissance étaient dépourvus de levures chez 26 enfants dont les mères avaient des candidoses vaginales.

Moneguier du Sorbier a effectué des prélèvements identiques dans les 48 heures qui suivent l'accouchement sans pouvoir trouver du *Candida Albicans*. Mais 5 jours après la naissance, les auteurs finlandais trouvent du *Candida Albicans* dans la bouche de 24 % des enfants sains ; proportion qui correspond à peu près à celle des candidoses vaginales des femmes enceintes.

Woodruff et Hesseltine sur 1.464 enfants hospitalisés, relatent que 9 enfants (0,6 %) ont du muguet.

Par contre sur 47 enfants nés de mères ayant une mycose vaginale reconnue, 10 enfants (21 %) ont présenté du muguet.

Ils estiment donc que l'enfant né d'une mère atteinte de candidose vaginale a 35 fois plus de risque de contracter le muguet.

Debre R., Lelong H., Mozziconacci P. et Robineau J. constatent l'incidence des infections à levures chez les femmes enceintes, pour eux la fréquence des levures du groupe *Candida* varie suivant les statistiques entre 5 et 15 % chez la femme non enceinte et 32 à 43 % chez la femme enceinte dans les derniers mois de la gestation.

En 1954, Grasset, Seneze et Gauthier trouvent 46 mycoses sur 424 prélèvements (30 chez la femme enceinte, 16 chez la femme non enceinte).

Debre R. et Lelong considèrent que la présence de *Candida Albicans* dans le vagin est une importante source de muguet chez le nouveau-né contaminé au moment du passage vaginal.

Le rôle de la transmission de l'infection de la mère à l'enfant au moment du passage vaginal ressort des travaux récents de Bret et Coupe : 83 % des femmes atteintes de candidoses vaginales infectent le nouveau-né au cours du travail et dans des cas exceptionnels, l'infection peut avoir lieu *in utero,* quelques heures avant la naissance au moment de la rupture des membranes ; comme dans un cas récemment observé de candidose cutanée congénitale (d'après Sonnerschein).

Le muguet est très fréquent chez le nouveau-né, plus rare chez l'enfant après un an. Il peut aussi se manifester du fait de l'inflammation de la cavité buccale par l'anorexie de la dysphagie et aussi par des cris, de l'agitation et aussi un amaigrissement de l'enfant.

Les conditions favorisant le développement du *Candida Albicans* sont l'humidité, la macération, l'acidité considérée autrefois comme consécutive à la stagnation du lait dans la bouche qui amenait la formation d'acide lac-

tique favorable à l'éclosion du muguet. Ce facteur peut ne pas jouer un rôle important, car le *Candida Albicans* se développe à un ph compris entre 4 et 10. Dans le vagin le ph habituel est 4,5.

Son développement implique la diminution de la résistance de l'organisme.

Parrot le considérait comme secondaire au syndrome athrépsique et Trousseau le définissait comme l'expression d'un mauvais état général. D'autres facteurs peuvent aussi intervenir, tels que le diabète, cité par de nombreux auteurs comme favorisant le développement des infections à *Candida.*

L'éventualité d'un diabète inconnu doit toujours être envisagée dans une infection à *Candida* sans facteur étiologique bien défini.

L'augmentation (de 5 à 30 %) des candidoses vaginales pendant les 4 derniers mois de la grossesse, met nettement en relief le rôle joué par les facteurs endocriniens. Nous trouvons souvent la présence de levures et l'absence de manifestations pathologiques, car il se conduit plus en saprophyte qu'en parasite. Le *Candida Albicans* ne devient pathogène que lorsqu'il rencontre des conditions favorables.

ÉTUDE STATISTIQUE

Sur 110 prélèvements pratiqués chez les enfants au premier cri : 4 présentaient du *Candida Albicans,* soit 3,8 %. Chez la mère nous avons retrouvé 44 cas soit 40 %.

Que ce soit chez la mère ou chez l'enfant, ce microorganisme se trouve rarement isolé mais le plus souvent associé à d'autres germes.

1) *Chez la mère :* Nous retrouvons toujours le même type de lésion, c'est la leucorrhée caractéristique abondante blanchâtre entraînant un prurit vulvaire tenace avec souvent dysurie, dyspareunie. Parfois c'est une vulvo-vaginite se traduisant par un œdème de la vulve avec un aspect congestif de la muqueuse, rouge violacée, vernissée.

Parfois la muqueuse prend un aspect granuleux, avec des nodules indurés, ou petits amas caséeux.

2) *Chez le nouveau-né :* Le *Candida* a été trouvé une fois seul et 4 fois associé : au staphylocoque : 3 fois ; au colibacille : 1 fois).

Les enfants n'ont montré aucun trouble, ni digestif, ni du comportement, sauf un qui eut du muguet dont la rupture de la poche des eaux existait depuis environ 24 heures (observation n° 8).

Signalons que Rossier classait les muguets en précoces dus à l'infestation maternelle, et en muguets tardifs (après le 10e jour) dus à une infestation acquise secondairement en milieu hospitalier.

Debre ne trouve pas de *Candida* dans la bouche des individus sains, mais 15 % dans leurs selles ; ce qui semble indiquer qu'il provient de l'intestin, gîte habituel de levures pathogènes.

CONCLUSIONS

La fréquence des manifestations mycosiques dans les premiers jours de la vie sont rares. La disparition du *Candida Albicans* s'effectue spontanément sans qu'il soit nécessaire de donner un traitement fungique ; puisque les enfants porteurs du Candida sont sortis indemnes du service.

En résumé :

1) 40 % des femmes enceintes présentent des leucorrhées à *Candida Albicans* lors de l'accouchement.

2) Seulement 4 % de leurs enfants présentent du *Candida Albicans* dans la cavité buccale au premier cri à la naissance.

3) Dans tous les cas où nous avons trouvé du *Candida Albicans* chez le nouveau-né, il existait au préalable dans les voies génitales maternelles. Il ressort de nos observations que la période d'expulsion a été longue et que les membranes étaient rompues depuis au moins 8 à 10 heures. Par contre si la période d'expulsion a été brève, même si les voies vaginales contenaient du *Candida,* l'enfant n'a pas été infecté.

En conséquence la présence du *Candida Albicans* dans le pharynx du nouveau-né semble due à une infestation vaginale maternelle. Cette infestation se faisant au cours du passage de la filière pelvienne dans la majorité des cas (96 %), il n'y a pas eu de manifestation pathologique chez l'enfant.

4) L'enfant d'une femme diabétique qui présentait une vaginite importante à *Candida,* et qui a subi une césarienne avec stérilisation (observation n° 6), n'était pas porteur de *Candida Albicans.*

STAPHYLOCOQUE

OBSERVATIONS N^{os} 1 - 3 - 9 - 10 - 11 - **12** - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 22 - 23 - **24** - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - **37** - 39 - 40 - 41 - **42** - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - **48** - 50 - 52 - 53 - 55 - 56 - 57 - 58 - 60 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 78 - 79 - 80 - 83 - 85 - 87 - 88 - 90 - 91 - 92 - 93 - 95 - 97 - 98 - 100 - 101 - 102 - 103 - **104** - 105 - 108. (Les numéros en noir concernent les staphylocoques pathogènes.)

Germe le plus fréquent dans l'ensemble de nos prélèvements puisque nous l'avons trouvé 81 fois sur 110 prélèvements soit 74 %. Rappelons que selon les auteurs le staphylocoque serait d'origine soit maternelle soit acquise secondairement.

Ainsi TORREY et REESE en 1945 concluent que la flore bactérienne bucco-pharyngée n'est pas d'origine pelvienne, et l'apparition du staphylocoque ne se ferait qu'à partir de 48 heures. Ils attirent l'attention sur la réceptivité de la muqueuse nasale qui serait favorable à la prolifération du staphylocoque et le facteur principal de l'infection serait d'origine salivaire.

Pour LEVESQUE et M^{me} PECKER, le germe trouvé est fonction de l'accouchement lui-même, soit qu'il ait été dystocique, soit que la poche des eaux fut rompue depuis plus de 18 heures sur 10 enfants porteurs de germes il ont eu :

— 7 accouchements normaux ;

— 2 accouchements longs ;

— 1 accouchement pour lequel l'enfant a été réanimé au bout de 10 mn.

Pour notre part sur 5 enfants porteurs du staphylocoque pathogène soit 4,5 % :

3 proviennent d'un accouchement normal et

2 proviennent d'un accouchement long.

Pour GOSLINGS, en Hollande, les souches staphylococciques antibio-résistantes proviennent d'une contamination hospitalière.

Pour A. ELIAS et T. RADIUS, chez le personnel médical ou infirmier le staphylocoque est trouvé 87 % dans le nez et 76 % sur les mains.

COLBEK constate un taux de 81,5 % de staphylocoques pathogènes, dans le rhinopharynx dès le 10^{e} jour.

Pour NEUBAUER G. et GERGELY I. (Budapest), seulement 2,5 % des femmes enceintes ont un staphylocoque pathogène dans le vagin, l'infection néonatale de l'enfant ne peut être démontrée que dans 1/10 des cas d'où pour eux la contamination se fait au cours du travail.

SHIMEFIELD H.-R., RIBBLE J.-C., BORIS M et EICHENWALD H.-F. trouvèrent de nombreuses bactéries dans les nez des enfants le premier jour et un nombre encore plus important 24 heures après.

Selon DAVIGNON L.-F. et SAINT-PIERRE (Montréal), sur 549 bébés nés à l'hôpital, 5,5 % sont morts avec des lésions staphylococciques. Sur 241 bébés nés à la maison, 4,1 % seulement sont morts.

ÉTUDE STATISTIQUE

Notre étude a montré sur l'ensemble des staphylocoques 6 cas de staphylocoques pathogènes. Le staphylocoque était seul dans 33 cas, soit 40 % et associé dans 59 % des cas avec les microorganismes suivants :

Colibacille	*Streptocoque*	*Klebsiella*	*N Catarrhalis*	*B d'Hoffman.*	*B Subtilis*
27 24,5 %	11 (1) 10 %	8 7,3 %	9 (1) 8,2 %	6 5,5 %	2 1,8 %

Proteus	*Sarcina*	*Candida*	*B Anthracoïdes*	*Staphylocoques isolés*
6 (2) 5,5 %	4 (1) 3,6 %	3 2,7 %	1 0,9 %	33 (1) 30 %

(*Dans le talbeau le chiffre entre parenthèses indique le nombre des staphylocoques pathogènes.*)

Nous avons essayé en reprenant les observations de mettre en évidence une manifestation clinique voire pathologique d'origine infectieuse qui permettrait de mettre en évidence le germe.

1. *Chez la mère.*

A) AVANT L'ACCOUCHEMENT.

Nous n'avons trouvé que très peu d'états fébriles ou de manifestations cutanées vaginales, génitales ou urinaires qui aient amené la parturiente à consulter un médecin au cours de sa grossesse. Seulement à son arrivée en salle de travail nous avons eu les modifications pathologiques suivantes :

— *Au niveau de la sphère génitale :* ces modifications cliniques se traduisent essentiellement par des leucorrhées, du prurit vaginal et parfois

des érosions vaginales, quelques points de folliculites dans 33 cas, soit 30 % (dont 1 endomètre dans les 6 staphylocoques pathogènes).

— *Au niveau de la sphère urinaire :* Nous avons retrouvé du staphylocoque dans des urines purulentes dans 13 cas soit 11 % accompagné ou non d'antécédents urinaires (dont 1 infection urinaire pour les 6 staphylocoques pathogènes).

— *Manifestations générales* (cutanées, diabète...) 8 cas, soit 7,3 %.

B) Manifestations pathologiques du « post-partum ».

Chez les mères qui n'avaient pas eu de manifestation pathologique avant l'accouchement et qui ont eu :

— Des suites de couches fébriles ou des lochies purulentes : 37 cas ou 33 % (dont 3 pour les 6 staphylocoques pathogènes) ;

— Des désunions ou infections de suture : 4 cas ou 3 % ;

— Infections cutanées et mamaires : 4 cas ou 3 % ;

— Infections urinaires : 29 cas ou 26 % ;

— Troubles respiratoires : 2 cas
— Troubles digestifs : 2 cas
— Mauvais état général : 2 cas
} 5 %

Au total 80 complications, soit 73 % (pour 76 staphylocoques non pathogènes et 6 staphylocoques pathogènes.

2. *Chez l'enfant.*

Pour 33 staphylocoques isolés, soit 40 %, nous avons :1 staphylocoque pathogène, pour 48 associés, soit 59 %, nous avons : 5 staphylocoques pathogènes.

Nous rechercherons les manifestations cliniques relevées chez les enfants durant leur séjour hospitalier de 10 à 15 jours, c'est-à-dire pendant la période néonatale.

— Etats fébriles 8 cas, soit 7 % (se traduisant soit par de l'anorexie, un poids stationnaire) ;

— Infections cutanées : 15 cas, soit 11 % (1 abcès rétro-auriculaire, dont deux conjonctivites purulentes avec les 6 staphylocoques pathogènes);

— Infections digestives buccales ou rhinopharyngées : 10 cas, soit 9 % ;

— Manifestations pulmonaires (cri retardé) : 3 cas, soit 2 %.

Ces manifestations pulmonaires précoces sont vraisemblablement dues à l'aspiration *in utero* de liquide amniotique infecté, du à la rupture précoce des membranes, à l'inhalation de sécrétions vaginales pendant la traversée des voies génitales ou très exceptionnellement par aspiration au premier cri de l'enfant de l'air de la salle (pour cela il a été placé à plusieurs reprises des boîtes de PETRI contenant de la gélose nutritive, de la gélose au sang, du milieu de CHAPMAN ; il n'a pas été trouvé de germes pathogènes : staphylocoque, streptocoque, levure, poussières, ainsi que sur les boîtes ayant reçu les gouttes de Pfluge provenant du personnel dirigeant verbalement les femmes à accoucher.

— Manifestations graves, vomissements, cyanoses, ictères, diarrhée : 1 cas, soit 0,9 %.

Au total 35 complications, soit 31,8 %.

3. *Affections communes chez la mère et l'enfant :*

Nous l'avons retrouvé dans 22 cas, soit 20 %.

Resultats :

— 41 % des femmes enceintes sont au moment de l'accouchement porteuses de staphylocoques au niveau du vagin ;

— Aucun enfant issu de mère indemne ne porte de staphylocoque au premier cri.

— Les enfants porteurs de staphylocoques pathogènes ou faisant des manifestations pathologiques proviennent de mères ayant le germe (5 cas, soit 4,5 %) ce qui implique une contamination pendant l'accouchement ;

— Les manifestations se révèlent souvent quelques jours après la naissance pour le staphylocoque pathogène (la disparition des manifestations pathologiques est plus longue que celle du *Candida Albicans*).

CONCLUSIONS

1° Un enfant né de mère indemne de staphylocoque ne présente pas ce germe au niveau de la cavité buccale ;

2° Les mères infectées transmettent les germes à leurs enfants dans 42 % des cas. (Ces manifestations pathologiques disparaissent dans la majorité des cas avant leur sortie de l'hôpital.)

3° Le staphylocoque trouvé dans la cavité buccale à la naissance provient de la mère dont les voies génitales inférieures sont infectées.

ESCHERICHIA COLI

OBSERVATIONS Nos 2 - 3 - 5 - 15 - 16 - 17 - 19 - 20 - 21 - 22 - 25 - 26 - 29 - 32 - 35 - 39 - 40 - 41 - 44 - 47 - 50 - 53 - 54 - 56 - 58 - 61 - 66 - 67 - 71 - 77 - 88 - 89 - 90 - 97 - 101 - 109 - 110.

En 1945, Taylor, Powel et Wright trouvèrent des *Escherichia Coli* (O. 111, B. 4) dans les coprocultures de 3 mères et seulement 2 des enfants eurent une diarrhée attribuée au même type de germes.

En 1952, Stevenson découvrit ce germe chez 4 femmes apparemment saines dont les enfants firent une diarrhée à 6 et 9 jours causée par le même agent pathogène.

En 1956, Thomson, Watkins et Gray, sur 17 mères apparemment normales, isolèrent pour 5 d'entre elles le même type de germe que celui trouvé chez leur enfant.

Merline L., Cooper M.D., Helen M., sur 361 prélèvements vaginaux, le germe fut trouvé dans 12,7 % des cas (soit 46 cas) chez les mères et 6,5 % des cas (soit 23 cas) chez les enfants. Sur ces 46 cas une seule mère présenta une diarrhée avec une coproculture positive. Chez les enfants, sur les 23 cas, on obtient également une seule coproculture positive.

Kauffmann, en 1954, montra que la femme enceinte possédait une immunisation contre ces entérobactéries pathogènes et qu'elle la conférait à son enfant.

En 1949, Sylverman et Homan, en 1956 Smith, Platon et Good et en 1958 Nyman et Foussek montrèrent que le colibacille était actuellement retrouvé dans les deux tiers des septicémies néonatales.

ÉTUDE STATISTIQUE

Après le staphylocoque, l'*Escherichia coli* vient en deuxième position sur l'ensemble de nos prélèvements, nous l'avons trouvé 36 fois, soit 30 %. Et parmi ceux-ci 5 *Escherichia coli* pathogènes (type 119 B 14 ; 86 B 7 ; 125 B 15 ; 128 B 12.)

Les manifestations pathologiques du nouveau-né se traduisent essentiellement par des troubles intestinaux et urinaires. Les colibacilles de gastroentérites infantiles peuvent se comporter suivant les circonstances tantôt en saprophytes, tantôt en germes pathogènes.

Les travaux de M^lle^ Corre et M. Boivin ont permis de caractériser les antigènes de ces colibacilles saprophytes et pathogènes.

Nous avons recherché les manifestations cliniques qui pouvaient faire penser à une étiologie colibacillaire chez la mère et chez l'enfant.

1. *Chez la mère :*

A) Avant l'accouchement.

Les colibacilloses gravidiques sont relativement fréquentes. Elles se traduisent par toute la gamme des infections urinaires depuis la cystite jusqu'à la pyélonéphrite, la pyonéphrose, toutes les néphropathies gravidiques.

Heitz, Boyes, Lemierre et Rivallier ont signalé l'existence de colibacillémie sans pyelonéphrite chez les sujets atteints de constipation opiniâtre par compression utérine. En effet à la suite d'une stase intestinale (constipation), le colibacille passe dans le sang puis de là dans le rein où il infecte l'arbre urinaire.

Du fait de la disposition anatomique du méat urinaire et des voies génitales la contamination de l'enfant est compréhensible.

— Manifestations urinaires : variables suivant les mères (cystites, pyelonéphrite), 10 cas, soit 9 %.

— Manifestations intestinales : 3 cas soit 2 %.

B) Manifestations cliniques du « post-partum ».

Les femmes ayant eu des suites de couches fébriles, des lochies purulentes (13 cas, soit 11 %).

— Des urines infectées avec présence d'*Escherichia coli* (12 cas, soit 10 %) le plus souvent associé au staphylocoque ou au streptocoque.

— Manifestations générales : 2 fois.

2. *Chez l'enfant :*

Nous l'avons retrouvé 36 fois, soit dans 32 % des cas dont 8 fois isolé, soit 22 % et 27 fois associé, soit 78 % des cas de la manière suivante :

Staphylocoq.	*Streptocoque*	*Klebsiella*	*N Catarrhalis*	*C d'Hoffman.*	*B Subtilis*
27 24,5 %	5 4,5 %	0 0 %	6 5,5 %	3 2,7 %	3 2,7 %

Proteus	*Sarcina*	*Candida*
0 0 %	2 1,8 %	1 0,9 %

— Etats fébriles — Manifestations pulmonaires : 4 fois ;

— Manifestations digestives : 3 fois.

Soit au total 7 cas, soit 19 %.

3. *Manifestations communes à la mère et à l'enfant.*

Mêmes manifestations chez la mère et l'enfant dans 19 % des cas.

Resultats :

— 19 % des femmes sont, au moment de l'accouchement, porteuses d'*Escherichia coli ;*

— Aucun enfant issu de mère indemne n'est porteur d'*Escherichia coli* à la naissance ;

— Seuls sont porteurs d'*Escherichia coli* pathogènes (de type 119 B 14 ; 86 B 7 ; 125 B 15 ; 128 B 12), les enfants présentant des manifestations cliniques pathologiques et provenant de mère malade ou ayant elle-même le germe ;

— Sur 36 colibacilles trouvés, soit 32 % des cas, 5 sont pathogènes, soit 13 % des cas (type 119 B 14 ; 125 B 15 ; 86 B 7 ; 128 B 12) ;

— 13 % des enfants ayant un *Escherichia coli* pathogène ont des manifestations cliniques dans les premiers jours de leur vie.

— Cette contamination se fait pendant la période d'expulsion ; 2 femmes sur 5 ont une rupture de la poche des eaux datant de plus de 8 heures ;

— Les manifestations pathologiques de l'*Escherichia coli* n'apparaissent que 24 à 48 heures après la naissance comme dans le cas de staphylocoque.

CONCLUSIONS

1° Les mères infectées transmettent les *Escherichia coli* à leurs enfants dans 25 % des cas.

2° Les mères de tous les enfants trouvés porteurs d'*Escherichia coli* des gastro-entérites infantiles présentaient des manifestations cliniques intestinales et génito-urinaires.

3° Le type antigénique des *Escherichia coli* des gastro-entérites infantiles isolées chez un enfant est toujours le même que celui des *Escherichia coli* dont sa mère est porteuse.

PROTEUS

OBSERVATIONS N^os^ 37 - 48 - 60

Les *Proteus* sont à l'origine chez le nourrisson de gastro-entérites et de syndromes urinaires.

Dans l'intestin il existe à l'état saprophyte et passe dans le sang comme le colibacille franchissant la barrière intestinale.

Sur 110 prélèvements nous l'avons trouvé 3 fois, soit 2,7 % des cas et chaque fois associé au staphylocoque.

Pour MARTIN Cl., BEAUVIEUX J. et ALBERTY J., sur 18 infections septicémiques de nouveaux-nés, 3 furent dues à des *Proteus*.

Pour notre part nous avons trouvé des manifestations pathologiques communes à la fois chez l'enfant et la mère.

Mais, du fait que le *Proteus* se trouve associé au staphylocoque il est difficile de faire la part de ce qui revient à ce germe.

Chez les enfants :

Le premier eut une évolution normale ;

Le deuxième présenta un ictère et une sécrétion purulente de l'œil gauche ;

Le troisième était un prématuré de 7 mois et demi placé en couveuse pendant un mois sans manifestations pathologiques imputables au *Proteus*.

Chez les mères, les manifestations pathologiques trouvées furent :

— Etats fébriles des suites de couches : 1 ;

— Manifestations urinaires : 2 ;

— Eclampsie : 1.

KLEBSIELLA PNEUMONIAE

OBSERVATIONS N^os^ 31 - 43 - 45 - 52 - 57 - 76 - 95

Germe saprophyte du rhinopharynx, de la bouche et de l'intestin, il est responsable de toute une série d'affections.

Nous l'avons trouvé 7 fois sur 110 prélèvements, soit 6,3 % ; et associé : 7 fois au staphylocoque et 1 fois au streptocoque.

Nous avons recherché si les mères n'avaient pas présenté des manifestations respiratoires : (bronchites, broncho-pneumonies de types variés, caractérisés par des foyers successifs de condensation pulmonaire avec expectoration, s'observant au décours d'un tableau infectieux), ou des localisations infectieuses variées (ostéomyélites, otites, rhinites, angines, affections oculaires).

En fait, nous n'avons pas trouvé de manifestations respiratoires précises, dans 2 cas des manifestations urinaires avec isolement du germe dans les urines.

Chez l'enfant :

Nous avons trouvé :

— 4 *Kliebsiella pneumoniae* (bacille de FRIEDLANDER) ;

— 3 *Kliebsiella rhinosclèromatis.*

Aucun de ces 7 enfants n'a présenté de manifestations pathologiques.

STREPTOCOCCUS FAECALIS

OBSERVATIONS N^os^ 1 - 4 - 9 - 11 - 13 - 15 - 20 - 24 - 25 - 31 - 35 - 36 - 40

Le streptocoque se trouve *à l'état saprophyte* chez la femme saine dans les voies intestinales inférieures, et dans la cavité vaginale en dehors des localisations habituelles (salive, nez, gorge).

A l'état pathogène il est responsable des affections les plus variées. Il se fixe en particulier sur les parois vasculaires : pour donner des *phlegmatia,* des endocardites et infecte souvent le tissu lymphoïde.

Les enterocoques sont des streptocoques fécaux non hémolytiques.

Nous avons, comme pour les autres germes, recherché les manifestations pathologiques chez la mère, l'enfant et communes aux deux.

1. *Chez la mère :*

Infection des voies utérines vaginales (phlébites, suites de couches fébriles, lochies purulentes) : 6 cas, soit 5 %.

2. *Chez l'enfant :*

Le germe était toujours associé selon les modalités suivantes :

Staphylocoq.	*Colibacille*	*Klebsiella*	*N Catarrhalis*
11 10 %	5 4 %	1 0,9 %	5 4 %
C d'Hoffman.	*B Subtilis*	*Sarcina*	*Candida*
2 1 %	2 1 %	1 0,9 %	0

dont (Tableau infectieux 6 ; Dermites et angine rhinopharyngée 1 ; Trouble respiratoire 1 ; au total 8, soit 7 %.

3. *Manifestations communes à l'enfant et la mère :*

Dans 6 cas, soit 5 %, l'état infectieux de l'enfant correspondait à l'infection puerpérale maternelle.

CONCLUSIONS

Une étude analogue à la nôtre a été faite par : JOHN C., TORREY P.H.D., MARTHA K. et REESE M.D. d'après 105 enfants à terme qu'ils ont étudié bactériologiquement durant les 35 premières heures après la naissance.

95 % des cultures ont été positives et seulement 4 % des cultures sont restées stériles au bout de 24 heures.

Pour notre part, sur 110 prélèvements, 9 furent négatifs soit 92 % des germes furent isolés (observations 42, 51, 72, 81, 84, 94, 99, 106).

6 prélèvements négatifs d'enfants provenant de césarienne (sur 7 césariennes).

Pour JOHN C. les voies aériennes supérieures, l'arrière-gorge sont rarement infectées par des germes pathogènes comme le pneumocoque, le Streptocoque β hémolytique, l'*Hemophilus influenzae*, le bacille de FRIEDLANDER et pour lui la muqueuse de cette région ne favorise pas la prolifération de certains germes pathogènes.

En 1933, DUNHAM notait que les germes pyogènes streptocoques, staphylocoques colibacilles étaient à l'origine des trois quarts des septicémies néonatales.

Récemment GRISLAM faisait état de 3 cas d'hépatite aiguë à colibacille.

VIALATTRE, PICHOT et JANTON ont signalé des cas de listerioses, mais pour notre part nous n'avons pas trouvé de manifestation méningo-encéphalitique chez nos nouveaux-nés.

Nous connaissons le sombre pronostic de ces listerioses qui aboutissent à la mort ou laissent des séquelles encéphalophatiques redoutables.

MARTIN Cl., BEAUVIEUX J. et ALBERTY J. ont signalé des guérisons sans séquelles importantes, de méningites aiguës à *Coli* et *Proteus*.

SCHAFFER signale le pronostic extrêmement défavorable des septico-pyohémies néonatales à germes intestinaux.

MARTIN et BEAUVIEUX signalaient déjà que les septicémies à germes intestinaux occupaient la première place avec l'infection staphylocoque dont la pneumopathie bulleuse et l'ostéomyélite sont l'expression la plus commune.

L'infection streptococcique est moins fréquente, le pneumocoque est rare et la listeriose exceptionnelle.

Dans notre étude nous avons trouvé par ordre de fréquence :

Pour J. Chosson			Pour Martin
1) Staphylocoque	81		3/18
2) *Escherichia coli*	36	110 prélèvements	6/18
3) Streptocoque	12		3/18
4) *Kliebsiella Proteus*	10		

Les germes intestinaux jouent donc un rôle prépondérant dans la pathologie infectieuse néonatale.

Il s'agit habituellement de saprophytes banaux du tube digestif (*Escherichia coli, Proteus vulgaris*).

Il est probable que ces germes suivant le terrain rencontré (débilité, prématurité) augmentent de virulence et deviennent alors pathogènes et créent des manifestations pathologiques chez l'enfant.

GERMES NON PATHOGENES

Neisseria Catarrhalis
Corynebacterium Hoffmanni
Bacillus Anthracoïdes et Subtilis
Sarcina

RESULTATS DES GERMES NON PATHOGENES OU SAPROPHYTES

En dehors des germes pathogènes que nous avons étudié précédemment il existe toute une série de germes non pathogènes qui se trouvent à l'état saprophyte dans la cavité buccale ; ils sont le plus souvent associés et nous ne pouvons leur imputer la responsabilité des phénomènes pathologiques rencontrés chez l'enfant.

NEISSEIRIA CATARRHALIS

OBSERVATIONS N^os^ 1 - 4 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 16 - 19 - 21 - 22 - 25

Neisseria catarrhalis est un germe saprophyte de la cavité buccale et des voies respiratoires supérieures ; pour PFEIFFER et CLION il serait susceptible de donner des infections de la bouche, des angines.

Dans nos prélèvements il s'est trouvé chaque fois associé de la façon suivante :

Staphylocoque	*Colibacille*	*Streptocoque*	*Klebsiella Proteus*	*B d'Hoffman.*	*B Subtilis*
9	6	5	0	2	1
8,2 %	5,5 %	4,5 %	0	1,8 %	0,9 %

Manifestations respiratoires :
— Chez la mère : 5, soit 4,2 % ;
— Chez l'enfant : 4, soit 3 % ;
— Chez les deux : 2, soit 1 %.

Nous pensons qu'il est difficile de conclure que ce germe soit responsable des manifestations trouvées puisqu'il s'est présenté chaque fois associé. Mais, lorsque l'enfant est un prématuré ou un débile, *Neisseria catarrhalis* trouve des conditions favorables à son développement. Ainsi (observation n° 4) nous avions un prématuré de 7 mois et demi qui a présenté 3 jours après sa naissance des accès de cyanose.

Observations n° 10, l'enfant est décédé au 2e jour, la mort n'a pas été déterminée malgré l'autopsie. Par contre, dans plusieurs observations (n° 10, 12 et 13), nous pouvons observer que l'enfant fut désobstrué à la naissance, voire réanimé.

CORYNEBACTERIUM HOFFMANNI

OBSERVATIONS Nos 6 - 13 - 63 - 66 - 67 - 96 - 101 - 107

Le bacille d'Hoffmanni ou bacille pseudo-diphtérique ou *Corynebacterium Hoffmanni* se retrouve chez 75 % des individus sains.

Nous l'avons trouvé isolé dans 3 cas et associé de la façon suivante :

Staphylocoque	*Colibacille*	*Streptocoque*	*N Catarrhalis*	*B Subtilis*
6 5,5 %	6 5,5 %	2 1,8 %	2 1,8 %	1 0,9 %

Chez 3 mères on retrouva des manifestations respiratoires.

Pour les enfants : 1 seul (observation n° 13) eut une manifestation respiratoire.

On trouvait (observation 96) du liquide meconial teinté signant une souffrance fœtale. Ces manifestations pathologiques ne peuvent être imputées au bacille d'Hoffmanni qui n'est pas pathogène.

Observation 107 : l'enfant présentait à la naissance un circulaire serré du cordon.

BACILLUS ANTHRACOIDES

Ce bacille sporulé ressemble morphologiquement à la bactéridie charbonneuse mais ne possède pas de pouvoir pathogène. Il est souvent rencontré chez l'homme. Il pousse en chaînette. Nous ne l'avons trouvé qu'une fois associé au staphylocoque soit moins de 1 % des cas (observation 18).

Nous n'avons rien trouvé de pathologique ni chez la mère ni chez l'enfant.

BACILLUS SUBTILIS

OBSERVATIONS N^os^ 3 - 4 - 7 - 11 - 25

C'est un germe très répandu qui peut contaminer facilement les cultures bactériennes. Nous éliminerons cette possibilité.

Son rôle pathogène est très limité. Il peut donner des conjonctivites, des iridochoroidites et des panophtalmies. Nous l'avons trouvé isolé dans un cas soit moins de 1 % des cas et nous n'avions aucune manifestation clinique pathologique ni chez la mère ni chez l'enfant. Il s'est trouvé associé dans 8 % des cas de la façon suivante :

Staphylocoque	*Colibacille*	*Streptocoque*	*N Catarrhalis*	*B d'Hoffman.*
2 1,8 %	3 2,7 %	2 1,8 %	1 0,9 %	1 0,9 %

Il est signalé par les travaux de RAMON que les filtrats de bacilles *Subtilis* ont des propriétés bactériostatiques, bactéricides, bactériolytiques pour de nombreux germes : *Escherichia coli,* staphylocoque, Streptocoques pyogènes, pneumocoques, perfringens.

Et même les recherches de SALLE et de JANN mirent en évidence l'antagonisme entre bacille *Subtilis* et toute une série de micro-organismes.

Ayant peu de cas il est difficile de conclure qu'il y eut une diminution de la virulence des germes pathogènes au contact du bacille *Subtilis,* mais nous n'avons pas observé chez 3 mères et 3 enfants de manifestations cliniques.

LES SARCINA

OBSERVATIONS N^os^ 36 - 41 - 42 - 90

Ce sont des germes saprophytes de l'air se trouvant sur la peau et les muqueuses des cavités naturelles de l'homme. Ils étaient isolés 1 fois, associés 3 fois (2 %) avec :

Staphylocoque	*Colibacille*	*Streptocoque*
4 3 %	2 1 %	1 0,9 %

CONCLUSIONS SUR L'ENSEMBLE DES GERMES SAPROPHYTES

Comme TORREY et REESE, en 1945, nous pouvons conclure que cette flore bactérienne du nouveau-né est acquise après la naissance et comme GERBEAUX que c'est par l'air à sa première aspiration que l'enfant s'est contaminé.

Nous avons placé dans des salles de travail à l'endroit même ou accouchaient les mères et ou se trouvaient les enfants des boîtes de PETRI contenant de la gélose nutritive, de la gélose au sang, du milieu de CHAPMAN. Jamais nous n'avons trouvé de germe pathogène, mais seulement des levures et une seule fois du staphylocoque.

Les germes saprophytes se développent d'autant mieux chez des enfants fragiles, débiles, prématurés ou tarés.

Ajoutons à cela que les enfants extraits par césarienne :

1° Ne présentaient pas de germe dans la cavité buccale à la naissance (observations 6, 38, 86, 111, 112 et 113) ;

2° Provenaient de mères ayant :

6 cas de manifestations vaginales ;

2 cas de manifestations urinaires ;

1 cas de suture abdominale infectée ;

3° N'eurent aucune manifestation clinique pathologique.

RESULTATS

	Staphylocoque	*E. Coli*	*Streptocoque*	*Klebssiella*	*N. Catarrhalis*	*C. d'Hoffmanni*	*B. Subtilis*	*Sarcina*	*Candida A.*
Staphylocoque	33	27	11	8	9	6	2	4	3
Escherichia coli	27	8	5	0	6	3	3	2	1
Streptocoque	11	5	0	1	5	2	2	1	1
Klebsiella	8	0	1	0	0	0	0	0	0
Neisseria catarrhalis	9	6	5	0	0	2	1	0	0
Coryne-bacterium Hoffmanni	6	6	2	0	2	3	1	0	0
Bacillus subtilis	2	3	2	0	1	1	1	0	0
Proteus	6	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarcina	4	2	1	0	0	0	0	1	0
Candida albicans	3	1	0	0	0	0	0	0	0
Bacillus anthracoïdes	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Au Total	81	36	12	7	11	9	4	5	4

Explication du tableau : Pour le staphylocoque nous l'avons trouvé au total 81 fois sur l'ensemble de nos prélèvements avec :

33 fois isolé ;

27 fois associé à l'*E. coli* ;

11 fois associé au streptocoque ;

8 fois associé au *Kliebsiella,* etc.

Pour l'*Escherichia coli* nous l'avons trouvé au total 36 fois sur l'ensemble de nos prélèvements avec :

8 fois isolé ;

27 fois associé au staphylocoque ;

5 fois associé au streptocoque, etc.

CONCLUSIONS

L'étude systématique de la flore buccale du nouveau-né au premier cri avant toute désobstruction ou intervention de l'accoucheur nous permet de conclure :

1° La contamination néonatale est due généralement à une origine maternelle vaginale, voir urinaire, pendant le travail, après la rupture des membranes.

2° Nous croyons pouvoir le démontrer de la façon suivante :

- Aucun enfant issu de mère indemne d'infection au moment de la naissance ne présente de germe au niveau de sa cavité buccale ;
- Tous les germes pathogènes trouvés chez l'enfant sont présents au niveau des voies génitales maternelles ;
- L'enfant a d'autant moins de chance d'être infecté que le temps écoulé entre la rupture des membranes et la naissance est plus court ;
- Les enfants nés par césarienne ne présentaient pas de germe dans leur cavité buccale (à l'exception d'un cas, *C. Hoffmanni*).

3° L'étude détaillée des germes trouvés donne les précisions suivantes :

Candida albicans

- Sur 40 % des femmes enceintes ayant une leucorrhée à *Candida albicans* lors de l'accouchement, seulement 4 % de leurs enfants le possèdent dans la cavité buccale ;
- et 0,9 % des enfants eurent du muguet qui disparut avant le 10e jour avec un traitement fongicide.

Staphylocoque

- 42 % des femmes enceintes transmettent le germe à leurs enfants ;
- Et dans 80 % des cas les manifestations pathologiques trouvées disparaissent avant leur sortie de l'hôpital (10 jours).

Escherichia coli

- Les mères infectées (19 %) transmettent le germe à leurs enfants dans un quart des cas. Sur 32 % d'*Escherichia coli,* 4,5 % concernent des *Escherichia coli* des gastro-entérites infantiles.

Pour les Klebsiella, Proteus, Streptocoque faecalis

- La mère transmet le germe à son enfant dans 75 % des cas et nous retrouvons une analogie de symptomes chez la mère et chez l'enfant.

4° *En plus des causes de contamination tenant à l'infection au cours du travail* s'ajoutera à la première aspiration, une contamination par les germes de l'air ambiant. Ils vivront alors en saprophytes dans sa cavité buccale.

5° Puisque les enfants nés par césarienne n'ont généralement pas de germes dans la cavité buccale, cela tend à prouver que l'ensemencement s'est effectué dans la filière génitale et à l'air ambiant.

- Dans 98 cas soit 87 % l'identité des germes isolés dans la gorge de l'enfant et des voies génitales de la mère permet d'incriminer une contamination d'origine maternelle. Dans les cas restants, pour lesquels nous n'avons pas isolé les mêmes germes chez la mère et chez l'enfant, la contamination est vraisemblablement d'origine aérienne. Mais on peut estimer raisonnablement que dans la majorité des cas, l'ensemencement bucco-phrayngé du nouveau-né est d'origine mixte, la première aspiration faisant pénétrer avec violence dans la cavité buccale à la fois des microbes d'origine maternelle se trouvant sur les lèvres, les narines et ceux de l'air. Toutefois le nombre de germes d'origine maternelle ainsi inspirés est certainement très supérieur à celui de l'air ambiant.

La prophylaxie des infections bucco-pharyngées et de leurs conséquences réside dans le respect aussi prolongé que possible de la protection maternelle que constituent les membranes. Il faut également protéger l'enfant en évitant les contaminations provenant de l'air et les projections buccales involontaires que fait l'opérateur au cours du travail et au moment des premiers soins du nouveau-né. Ce qui implique d'opérer dans des locaux soigneusement désinfectés, d'éviter les salles communes d'accouchement, de porter des masques lors des premiers soins à l'enfant.

LU ET APPROUVÉ
Le Président du Jury de Thèse
Professeur J. CHOSSON

VU ET APPROUVÉ
Le Doyen
G. MORIN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Aix, le 6 mai 1966.
Le Recteur : P. GUILLON

BIBLIOGRAPHIE

I. — CANDIDA ALBICANS

BRET (J) et COUPE (Cl.). — Vaginites et infections néo-natales. Etiologie des mycoses du nouveau-né. — *Presse médicale* 1958, 66/41 (937, 938).

CHARPIN (J.), SCARBOUCHI (J.) et SIMON (L.). — Allergie à *Candida albicans*. — *Semaine des hôpitaux de Paris*, 1959, 35, 1.545.

CHOSSON (J.), SERMENT (H.), RUF (H.) et MERITÉ (G.). — Considération sur les frottis vaginaux en fin de grossesse. — Réunion franco-italienne tenue à Lyon (24 septembre 1961, CR *Bull. féd. soc. gyn. obst.*, tome 13, n° 5, 1961 (598, 603).

CHOSSON (J.) et RUF (H.). — Contribution à une étude de la flore anaérobie dans les rétentions placentaires du *post-abortum*. — *Revue franç. de gyn. et obst.*, nov. 1961, n° 11, p. 653.

DEBRE (R), MOZZICONACCI (P.), DROUBE (T.-E.) et MOPPELER (A.). — Infection à *Candidas* chez le nourrisson. — *Annales Paedraticci*, Bâle 1955 (184, 129).

EMANUEL (D.A.), LIEBERMAN (A.D.), GOLDIN (M.) et SANSON (S.). — Pulmonary candidiasis in the neonatal period. — *J. Pediat* 1962, 61 (44, 52).

GRASSET (J.), SENEZE (J.) et GAUTHIER (R.). — Contributions à l'étude des mycoses vulvo-vaginales. — *Bulletin de la société de gynécologie et obstétrique* 1954, 6, 181.

LARROCHE (J.-Cl.). — Candidose pulmonaire des prématurés. — *Sem. des hôpitaux de Paris* 1957, 33.

LELONG (M.), ALISON (F.), LE TAN VUSH DAO VANTY, DESMONTS (G.) et CABANES (J.). — Le muguet généralisé. — *Annales médicales* 1953 (54, 55).

OLMER (J.), PAYAN (H.), CASANOVA (P.) et SERRATRICE (G.). — Mycose à forme cérébrale après antibiothérapie. — *Presse médicale*, vol. 65, § 76 (1717, 1719).

POKO WALLA (J.N.), KAUL (K.K.) and SHAH (P.M.). — Oral moniliasis in the newborn relation to vaginal moniliasis in the mother. — *India Pediatz soc* 1962, 1/1 (10, 15) tables 1.

SARLES (H.). — *Allergie digestive*. — Paris, Masson et C^ie^, 1961.

SERMENT (H.) et RUF (H.). — Suites de couches physiologiques. — *Encyclopédie médico-chirurgicale*.

SONNENSCHEIN (H.), TASCHDJIAN (Cl.) and CLARK (D.H.). — Congenital cutaneous candidiasis. — *Amer. J. dis child* 1964, 107, 3 (260, 266). — Illust. 10 et Congenital candidiasis in a premature infants. — *Amer. J. dis child* 1960, 99, 81.

II. — STAPHYLOCOQUE

Bret (A.J.) and Coupe (Cl.). — Epidemiologie de l'infection staphylococcique et mycosique du nouveau-né en maternité. Antibiorésistance des germes d'origine maternelle et des germes d'origines hospitalières. — *Revue franç. de Gynécologie* 1960, 55, 4 (255, 270) tables 1.

Bret (A.J.), Durienu (R.) et Dubois (J.-P.). — Infections néonatales d'origines maternelles. — *Revue du praticien*, 21, 5, 1956 (1575).

Bret (A.J.), Coupe, Dubois et Marchand. — La transmission de l'infection staphylococcique vaginale de la mère au nouveau-né au cours du travail. Evolution de la flore staphylococcique néonatale pendant le séjour en maternité. — *Gyn. et obst.* 1961, p. 26.

Bret (A.J.), Coupe (C.L.), Pellet (J.), Soller, Marchand (H.). — Vaginites et infections néonatales. Etiologie des staphylococcies du nouveau-né. — *Presse médicale* 1959, § 6, p. 4216.

Cedergren (B.), Lager, Crantz (R.) and Norin (L.). — Infections and staphylococci on the maternity waid. — *Acta. Paedrat* (Uspsola) 1962, 51, 135 (45, 53), graphes 4, tables 5.

Chosson (J.). — Etats prédiabétiques et grossesse. — Rapports du XX^{e} Congrès, Lille 5-8 juillet 1963. Paris, 1965, 24^{e}, tome I.

Chosson (J.), Serment (H.), Ruf (H.), Fouque (J.P.). — A propos de 11 observations de grossesse chez les diabétiques. — *Soc. nat. gyn. et obst. de France.* Gr. de Marseille, 17 février 1959. *Bull. de la féd.*, t. II, n° 2, 1959 (154, 158).

Davignon (L.F.) and Saint-Pierre (J.). — Ec. d'hyg. Urino. Montréal. — The relative frequency of staphylococcal infections in the newborn in relation to the place of birth in the hospital at home. — *Canad J. publ. H.L.T.H.* 1963, 54, 6 (276, 281), tables 3.

Elias, Jones (T.F.), Gordon (I.) and Whittaker (L.). — Staphylococcal infection of the newborn in hospital and domicilary practice. — *Lancet* 1961, 1, 7177 (571, 574), tables 5.

Fayad (H.M.), Fayad (I.M.), Safouh (M.), Elyan (A.S.) and Eissa (H.). — Staphylococcal infections and obstetric paediatric problem. — *Gaz Egypt. societ. GYNAEC obst.*

Foucque et MMe (S.). — Valeur de la constatation du staphylocoque pathogène dans la gorge, le nez et les selles du nourrisson dans les six premiers mois de la vie. — Thèse, Paris, 195.

Giraud (P.), Orsini (A.), Coignet (J.), Gregoire (M.) et Louchet (E.). — Staphylococcies pleuro-pulmonaires, à propos de 20 cas. — *S. franç. de pédiatrie*, Section Provence, 11 décembre 1950.

Krapinovic (S.), Udicki (S.), Koecc (A.), Mirbovic (A.) and Astasovics (M.). — Staphylococcis aureus in the nose of newborn infants. — Glaswik 1964, 13, 1 (5, 13), graphe 1, tables 4.

Lebon (P.) and Triconi (J.). — Septiciaemia due to staphylococci in the newborns. — *Alg. med.* 1959, 63, 5 (539, 541).

Levesque (J.) et MMe Pecker. — Valeur de la recherche du staphylocoque pathogène dans les cavités naturelles du nourrisson. — *Le Nourrisson* 1952, pp. 189, 203.

Levon (B.) and Sompo Linsky (D.). — Staphyl. Ref. Lab. Assaf. Harofe govern. hosp. Zrifin. Infections dues au staphylococcus aureus in mothers and newborns. — *Hebrew harefirah* 1964, 67, 1 (12, 15), tables 3.

MULLER (H.C.), GRUN et FRAVENKLIN. — Infections of newborns with pathogenic. Staphylococci during birth. — *Geburtsh U Franeinheilk* 1964, 24, 2 (142, 147), tables 4.

NEUBAUER (G.), GERGELY (I.), VARGA (J.) and SSERINYES (E.). — The signifiance of the maternal vaginal staphylococcus infection to the newborn.

NEUBAUER (G.), GERGELY (I.), VARGA (J.) and CSEREIYERE (J.), FRAUENKLEIN. . . Univ. : Budapest. — Maternal vaginal staphylococcal infection and its influence on the child in the course of the parturition. — *ZBL Gynak* 1963 (85, 41) (1471, 75), table 2.

PLUECK MAHER (V.D.). — The staphylococcus and the newborn child. — *Brit. med. J.* 1961, 5255 (779, 785), graphes 3, tables 15.

SHINEFIELD (H.R.), RIBBLE (J.C.), BORIS (M.) and EICHENWALD (H.F.) — Bacterial interference its effect on nursery. Acquired infection with staphylococcus aureus. Preliminary observation on artificial colonization of newborns. — *Amer. J. Dis Child* 1963, 105, 6 (646, 654).

SHINEFIELD (H.R.), RIBBLE (J.C.), BORIS (M.) and EICHENWALD (H.F.). — Bacterial interference its effect on nursery. Acquired infection with staphylococcus aureus en analyses and interpretations. — *Amer J. Dis Child* 1963, 105, 6 (883, 888).

WELB (J.F.). — Newborn infections and breast abcesses of staphylococcal origin. — *Canad med. ass. J.* 1954, 70, 4 (382, 388), tables 9.

WOLINGSKY (E.), GONZAGA (A.J.) and MORTIMER (Jre A.). — The mother has a source of neonatal staphylococci. — *New England J. med.* 1962, 257, 11 (535, 538), tables 2.

WOLINSKY (E.), LIPSITZ (P.S.), MORTIMER (J.) and RAMMELKAMP. — Acquisition of staphylococci by newborns direct versus indirect transmissions. — *Lancet* 1960, 2, 7151 (621, 622), tables 1.

III. — ESCHERICHIA COLI

COOPER (M.L.), KELLER (H.M.), WALTEN (E.W.), PARTIN (J.C.) et BOYE DE. — Isolation of pathologic Esch. coli from mothers and newborn infants. — *Amaj. Dis Child* 1959, 97, 3 (255, 266), tables 8.

ENTALBERT (L.). — Toulouse. — Intérêt de la connaissance de la flore aérobie du nourrisson et du prématuré. — *Symposium de Perouse* 1959.

FOSSAER (Ch.), GAVALLER (B.), MAYZ LYON (J.), SUCRE (F.), GOMEZ RUIZ, BRICENO, TORRES (L.) and RODRIGUEZ (C.). — Sepsis a E. coli Om B4 en el recim nacido. Estudiote ma epidemia. — *Arch. Venez Pueric* 1959, 22, 73, 74 (355, 393).

GRISLAIN (J.R.), MAINARD DE BERANGER and BUREAU (O.). — Neonatal E. coli infections. — *Med infant* 1964, 71, 5 (305, 315).

SCHAFFER (J.), LEWIS (V.), NELSON (J.) and WALCHER (D.). — Dept of Ped. Indiana Univ. méd. Cent. Indianapolis. — Ind antepartum survey for enteropathogenic E. coli detection by cultural and flurescent antibody methods. — *Amer J. Dis Child* 1963, 106, 2 (170, 173), tables 4.

YAKHIMA (N.A.), LADYGINA VE KABANOVA (E.A.) et CHERNYSHEVA (T.F.). — Enteropathogenic strains of E. coli in premature newborns. — *Russian Vopr. Okhr. Mater. Idets* 1963, 7 (7, 11).

IV. — AUTRES GERMES

BERNSTEIN (J.) and WANG. — Thepathologic of neopatal pneumoniae. — *Amer J. Dischild Chicago* 1961, 101, 3 (350, 363), graphes 1, tables 2.

BREESE (S.B.). — Hemolitic streptococcal infection in children. — *Amer. J. Dischild,* 107 (232, 9), mars 1964.

BRODSKIN (G.U.). — Morphological changes in congenital listeriosis (Russian). — *Akush I ginick* 1961, 4 (103, 105).

EICKHOFF (T.C.), KLEIN JO DALY AK INGALLD and FINLAND (M.). — Neonatal sepsis and other infections due to β hemolitic streptococci. — *New England J. med.* 1964, 271, 24 (1221, 1228), graphes 1, tables 7.

FREYRE (E.A.) and KENNEDY (E.R.). — A possible new sign in the recognition of listeriosis in the new born. — *Med am. D.C.* 1963, 32, 5 (175, 178).

GIRAUD (P.), ORSINI (A.) et WILSON (J.). — L'identification des germes diphterimorphes décelés dans les voies respiratoires des jeunes enfants. — *Arch. françaises de pédiatrie,* 5 (599, 1459).

GRISLAIN (J.R.), DE FERIOU (C.), BUREAU (O). et MAINAIRD (R.). — La listeriose néonatale. — *Méd. infantile* 1964, 71, 5 (317, 325).

NEUMANN (N.), MANCIAUX (M.) et GEUTIN (G.). — 5 observations de méningites bactériennes du nouveau-né. — *Ann. méd. Nancy* 1963, 2, 6 (863, 872), tables 3.

PIERI (J.) et CASALONGA (J.). — Thérapeutique des staphylococcies pulmonaires. — Journées médicales de la Timone, 24 novembre 1961.

PRYLES (C.V.), STEG N.L.), NAN (S.), GELLY and TENNEY (B.). — Acontrolled study of the influence of the new born of prolonged premature rupture of the amniotic membrane and the infections in the mother.

SARROT, HUPMAY and NOKAGWAI. — Studies on pneumonia of the newborn an epidemic due to Kliebsiella pneumoniae type 42 (Japonese test). — *J. pediatric pract.* (Tokio), 1959, 22, *4,* 423.

SMITH (I.) and BLOMFIELD (A.L.). — The developpment of the aerobie bacterial flore of the throat in the newborn babies. — *J. pediatric* 1950, 37 (51, 60).

TAMALET (J.), GASCARD (P.) et BLISSON (P.). — Aspects actuels des bronchopneumopathies a bacilles de Friedlander. — Semaine des hôpitaux de Paris 1963.

WOOD (W.S.), KING (S.) and METZGER (W.I.). — Listeria monocytogènes as a cause of fetal loss. — *Amer J. obst. gynec.* 1964, 89, 7 (915, 913), tables illustr. 1.

V. — INFECTION - TRANSMISSION

BRET (A.J.), COIFFARD, DURIEUX (P.) et DEMOY (Cl.). — A propos de l'infection néonatale, ses modes de transmission de la mère à l'enfant. — *Arch .franç. pediat.* 1963, 20, 3 (321, 339), illustr. 12.

CHOSSON (J.). — Titres et travaux scientifiques. — Paris, Masson 1939, in 4°.

CURCHOD (A.). — Influence of amniotic fluid aspiration on perinatal dealth gynaecologic (Basel), 1963, 156, 5 (290, 296).

ELIASA, RADIUS (T.), ZALMAN (H.), ANGHELESCU (E.), et THEODORESCU (G.). — Contributions à l'étude du problème des staphylocoques pathogènes dans les maternités. — *Obstetrica si ginecologia* (Bucarest), 13, n° 1, p. 31 (1965).

ENGSTROM (L.) et IVEMARK (B.). — Ascending infection in labour. Its effects on mother and child. — *Acta obstet. gynec. scand.* 1950, 59,, 111 : 71.

GENTIL (C.L.). — Les infections du nouveau-né. Pathologie médicale du nouveau-né. — *Horizons médicaux* 1959, 64, pp. 18.

HOWARD (P.S.). — Management of the baby after prolonged rupture of the amniotic menbranes.

LEVEAU (J.) et TROYES. — L'infection néonatale. — *Nourissons* 1956, 44, 4 (160, 185), graphe 3.

MARCHAND (H.). — Contributions à l'étude de l'infection néonatale. Transmission de l'infection vaginale maternelle du nouveau-né. — Thèse, Paris, 1960.

MERCHANT (S.M.). — Infections in the newborns. — *Indian J. Child HLTM* (Bombay 1957, 6, 2 (75, 82).

MINCK (R.). — Etude bactériologique de l'infection néonatale. — *Strasbourg méd.* 1951, 5, 3 (159, 164).

MULLER (B.). — Répercutions in newborns due to amniotic infections. — *Revue méd. Suisse* (Rome), 1961, 81, 1 (71, 88).

PATRINI (G.). — Chimical observations and considerations on amniotic infections in the newborn. — *Minerva gynec.* 1962, 14, 19 (970, 974), tables 1.

TAPIE (H.). — Contributions à l'étude de l'infection fœtale et néonatale. Sa transmission de la mère à l'enfant. — Thèse, Paris 1962.

BACTÉRIOLOGIE

BRAHIC (J.). — Titres et travaux scientifiques. — Paris, librairie Maloine, 1936, 47.

DUMAS (J.). — Bactériologie médicale.

GASTINEL. — Précis de bactériologie médicale.

GREBUS (Cl.) et MM. GIRAULT, MICHELIER. — Travaux pratiques de bactériologie et microscopie clinique, 1959.

OLIVIER. — Précis de bactériologie appliquée.

TAMALET (S.) et GREBUS. — Travaux pratiques de bactériologie et microscopie clinique. — Aix-en-Provence 1954, in 8°.

TABLE DES MATIÈRES

RAPPEL HISTORIQUE DES PRINCIPALES PUBLICATIONS. 11

TRANSMISSION 15

RECHERCHES BACTERIOLOGIQUES 19

OBSERVATIONS PERSONNELLES 27

RESULTATS 63

MICROORGANISMES ISOLÉS SUSCEPTIBLES DE DEVENIR PATHOGÈNES 63

— *Candida albicans* 63

— Staphylocoques 67

— *Escherichia coli* 71

— *Proteus* 74

— *Klebsiella pneumoniae* 75

— *Streptococcus faecalis* 76

GERMES ISOLÉS NON PATHOGÈNES 79

— *Corynebacterium Hoffmanni* 80

— *Neisseria catarrhalis* 79

— *Bacillus anthracoïdes* et *Subtilis* 80

— *Sarcina* 81

CONCLUSION 85

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.